UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1956 — N° 149

DES TUMEURS LATÉRO-CERVICALES THYROIDIENNES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 27 juillet 1956

PAR

Pierre, Paul, Edmond PELLUCHON

Pharmacien

Ancien Interne en Pharmacie

Lauréat des Hôpitaux

Diplômé de Sérologie

Né le 12 janvier 1922 à SAINT-GEORGES-DE-DIDONNE (Charente-Maritme)

Examinateurs de la Thèse

MM. **LACHAPÈLE**, professeur..... *Président,*

REBOUL, professeur.....

DUHAMEL, maître de conférences agrégé.. *Juges.*

STOLL, maître de conférences agrégé....

BORDEAUX

IMPRIMERIE LESBATS

16, RUE JULES-GUESDE

MCMLVI

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1956 — N° 149

DES TUMEURS LATÉRO-CERVICALES THYROIDIENNES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 27 juillet 1956

PAR

Pierre, Paul, Edmond PELLUCHON

Pharmacien
Ancien Interne en Pharmacie
Lauréat des Hôpitaux
Diplômé de Sérologie

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Né le 12 janvier 1922 à SAINT-GEORGES-DE-DIDONNE (Charente-Marit^me^)

Examinateurs de la Thèse

MM. LACHAPÈLE, professeur..... *Président,*
REBOUL, professeur..... *Juges.*
DUHAMEL, maître de conférences agrégé..
STOLL, maître de conférences agrégé....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LESBATS
16, RUE JULES-GUESDE

MCMLVI

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE, G. PORTMANN.
DOYEN : M. SIGALAS. — **ASSESSEUR :** M. TAYEAU.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS, BEAUVIEUX, CREYX, MAURIAC.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DE GRAILLY.
	BROUSTET.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
	MASSE.
Clinique d'accouchements	RIVIERE.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.
Anat. path. et microscopie clin.	N...
Anatomie	DUFOUR.
Anatomie générale et histologie	MAYER.
Hygiène et tuberculose	PIECHAUD.
Méd. légale et méd. du travail.	DERVILLEE.
Electorad. et clin. d'élect. méd.	REBOUL.
Chimie	MESNARD.
Matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Clin. méd. des mal. des enfants	FONTAN.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.

	MM.
Médecine expérimentale	SARIC.
Clinique ophtalmologique	BESSIERE.
Clin. chir. infantile et orthop.	POUYANNE.
Clin. méd. et des mal. infect.	AUBERTIN.
Chimie biologique et médicale.	TAYEAU
Physique médicale et pharmac.	PIFFAULT.
Méd. col. et Cl. des mal. exot.	BONNIN.
Clin. des mal. cutan. et syph.	JOULIA.
Clin. des mal. des voies urin.	DARGET.
Clin. des mal. nerv. et ment.	DELMAS-MARSALET
Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliq.	CASTAGNOU.
Clinique odonto-stomatologique.	DUBECQ.
Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Thérapeutique	TRAISSAC.
Hydrologie thérap. et Climatol.	DUBARRY
Carcinologie	LACHAPELE.

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Section Pharmacie).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

M. MAHON (Obstétrique). — PAUTRIZEL (Parasitologie)
Mlle ROUGIER (Physiologie). — M. MOUSTARDIER (Bactériologie). — M. CAZAUX (Pharmacie) 3e section.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES :

	MM.
Anatomie pathologique	LEGER.
Anatomie	RIGAUD.
	CABANIE.
Biochimie médicale	NEUZIL.
Pathologie expérimentale	FAURE.
Physique médicale	DUHAMEL.

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE.
	ROMAIN.
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER.
	QUILICHINI.
Pharmacie (3e Section)	

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCE AGRÉGÉ :

M. STOLL (Histologie).

AGREGES EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN
	LENG-LEVY.
	MORETTI.
	LAVIGNOLLE.
	MARTIN-DUPONT.
	DAVID-CHAUSSE.
	J. RIVIERE.
Chirurgie générale	LAUMONIER.
	CHAVANNAZ.
	VILLAR.
	TINGAUD.
	DEPAULIS.
	DARMAILLACQ.

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE.
	FAUGERE
Ophtalmologie	CORCELLE.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie.	LE COULANT.
Pédiatrie et puériculture	VERGER.
Méd. légale et méd. du travail.	L'EPEE.
Electro-radiologie	LACHAPELE.
Odonto-stomatologie	BENOIT.
Urologie	LANGE.
Neurologie et psychiatrie	BLANC.
Pneumo-phtisiologie	FREOUR.

COURS COMPLEMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER.
Accouchements	CHASTRUSSE.
	FAUGERE.
Puériculture	VERGER.
	PERY.
Législation pharmaceutique	COUSTOU.
Cryptogamie	LAUBIE.
Obstétricie sociale	MAHON.
Organographie et physiol. végét.	TEMPERE.
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN.
Pathologie chirurgicale	VILLAR.
	CHAVANNAZ.
	TINGAUD.
	LAPORTE.
	DARMAILLACQ.

	MM.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.
Physiologie	BENELLI.
Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBEAU
Phytopharmacie	CORTESI
Droit médical international	AUBY.
Médecine légale	L'EPEE.
Séméologie médicale	LAVIGNOLLE
Séméologie chirurgicale	DEPAULIS.
Embryologie	STOLL.
Pathologie médicale	BERGOUIGNAN.
	LEVY.
	MORETTI.
	DAVID-CHAUSSE.
	RIVIERE.
	MARTIN-DUPONT.

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considerées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation

A MES PARENTS

A MA FAMILLE

A MES CAMARADES

Le Docteur André SOUARN

et le Docteur Edmond L'HOIRY

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Professeur BLANQUET

Professeur de physique pharmaceutique
Docteur ès-Sciences,

Qui a bien voulu nous accueillir dans son Laboratoire.

A Monsieur le Docteur JEAN BIRABEN

Licencié ès-Sciences,
Chef des Travaux Pratiques d'Anatomie Pathologique à la Faculté,
Chef du Service d'Anatomie Pathologique au Centre Anti-Cancéreux,
Croix de Guerre 1939-1945.

A Monsieur MOUNIER

Chef des Travaux Pratiques de Physique Médicale à la Faculté,
Assistant de Physique au Laboratoire des Radioisotopes de la Fondation Bergonié.

A mon ami le Docteur JACQUES CARTRON

Assistant de Radiologie au Centre Anti-Cancéreux.

En témoignage de l'estime que je lui porte. Son aide et ses conseils m'ont été particulièrement précieux.

A Monsieur le Docteur GABRIEL HIRTZ

Chef du Service d'Endocrinologie du Centre Anti-Cancéreux.

Vous nous avez inspiré le sujet de cette thèse et guidé au cours de ce travail, nous prodiguant avec une amitié inlassable votre temps joint à toutes les ressources de vos connaissances et de votre esprit de synthèse.

Qu'il nous soit permis de vous remercier et de vous exprimer ici notre profonde et respectueuse gratitude.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Docteur R. STOLL

Maître de Conférences Agrégé d'Histologie,
Docteur ès-Sciences,
Officier d'Académie.

Monsieur le Docteur DUHAMEL

Maître de Conférence Agrégé de Physique Médicale,
Ancien élève de l'Ecole Polytechnique.

Monsieur le Professeur REBOUL

Professeur d'Electro-Radiologie et de Clinique d'Electricité Médicale,
Officier de l'Instruction Publique.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur A.-P. LACHAPÈLE

Professeur de Carcinologie,
Electroradiologiste des Hôpitaux,
Directeur du Centre Anti-Cancéreux de Bordeaux et du Sud-Ouest,
Membre de la Commission du Cancer,
(Conseil permanent de l'Hygiène Sociale),
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Médaille Militaire,
Croix de Guerre,
Officier d'Académie.

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre jury de thèse.

Nous le prions d'agréer l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

INTRODUCTION

Parmi les nombreuses néo-formations susceptibles de se développer au niveau de la région latéro-cervicale il existe une catégorie de tumeurs très particulières, les tumeurs latéro-cervicales thyroïdiennes qui, jusqu'à ce jour, n'ont paru intéresser que quelques chirurgiens et carcinologues. Quoique peu fréquentes, elles sont loin d'être rarissimes. Dans les premiers stades de leur évolution elles peuvent être facilement confondues avec d'autres tumeurs essentiellement différentes. Leur nature et leurs caractères évolutifs particuliers rendent très redoutables de telles confusions.

Mais les moyens modernes d'investigation paraclinique permettent à qui veut en soulever l'hypothèse, d'en faire précocement le diagnostic et par conséquent d'instaurer dans les délais les plus brefs le traitement qu'elles exigent.

Leur origine exacte et leur mode de formation sont encore l'objet de discussions. Leur thérapeutique comporte quelques variantes selon les auteurs. Mais dès à présent les étapes de leur diagnostic peuvent être codifiées.

Notre intention est donc de faire la mise au point de cette intéressante question en insistant tout particulièrement sur les ressources que nous offrent aujourd'hui les plus récents procédés d'exploration permettant de poser un diagnostic positif avant toute cervicotomie et de fixer à l'avance les grandes lignes de la thérapeutique.

PLAN DE NOTRE ETUDE

INTRODUCTION

Plan

Historique.

Topographie des tissus thyroïdiens aberrants.

Fréquence des tumeurs latéro-cervicales thyroïdiennes.

Anatomie macroscopique.

Histologie.

Evolution.

Pathogénie.

- Théorie embryologique.
- Théorie métastatique.
- Arguments tirés des statistiques.

Diagnostic :

- Diagnostic positif.
- Diagnostic différentiel.

Thérapeutique.

Observations.

Conclusions.

HISTORIQUE

Les thyroïdes aberrantes sont connues depuis fort longtemps. En effet, Von Haller, en 1779, en même temps qu'il découvre le corps thyroïde signale l'existence des îlots de tissu thyroïdien anormalement situés.

En 1839, Allers introduit le terme de « glandes thyroïdiennes aberrantes ».

Mais c'est Porta qui, en 1849, en fait une première description.

La première thyroïdectomie et la première tentative d'exérèse d'une glande aberrante sont dues à Stanley, en 1850.

En 1906, Schrager les définit comme « des masses de tissu présentant la structure de la thyroïde normale ou pathologique, situées à une distance variable de la thyroïde normale avec laquelle elles ne présentent aucun lien de continuité ».

Dès 1925, Billings et Paul (4) en réunissent déjà 34 cas indiscutables.

En 1931, Cattel (8) publie 13 cas personnels et procède à une revue d'ensemble de la question.

Les thyroïdes aberrantes sont dès lors bien connues et les publications vont se succéder :

Si en 1939 Crile (15), en signale 13 cas; en 1940, Lahey, Hare et Warren (44) en rapportent 36; Cohn et Steward (13) 16, et Ward 12 autres.

En 1942, Frantz et Forsythe (31) en rapportent encore 30, et partant de travaux antérieurs et de nombreuses observations isolées (9, 12, 14, 53) établissant des statistiques basées sur 215 observations de thyroïdes aberrantes latérales. Si on considère en outre, qu'en 1949, sur un

matériel chirurgical de 20.000 pièces, WARREN et ses collaborateurs (63) comptent 63 cas diagnostiqués comme thyroïdes aberrantes cervicales, soit 0,3 %, on conviendra que cette localisation n'est quand même pas d'une rareté exceptionnelle.

TOPOGRAPHIE DES TISSUS THYROIDIENS ABERRANTS

D'après Charles Simon, on donne le nom de thyroïdes accessoires ou aberrantes à des « lobules glandulaires de dimension souvent peu considérable, de structure identique à celle de la glande thyroïde, reliés à celle-ci par un court pédicule, ou plus souvent entièrement libres et disséminés à distance plus ou moins grande de l'organe principal ». Nous pensons qu'il y a lieu tout d'abord de faire une discrimination entre les formations nettement séparées de la glande principale et celles possédant avec elle des liens de continuité.

Barraya (3) dans sa thèse, décrit les lobules adjacents comme de petits îlots de tissu thyroïdien situés à la surface de la glande principale, très souvent sur sa face postérieure, et parfois très près des parathyroïdes.

Ces lobules adjacents sont d'un volume variable allant de la taille d'un grain de mil à celle d'une noisette mais sont toujours réunis au corps thyroïde par un pédicule atteignant quelques millimètres.

A ces formations nous pourrons rattacher les prolongements rétro-trachéaux et rétro-laryngés de la glande, lesquels ne sont pas tellement rares puisque Fowler et Hanson les ont rencontrés dans 5 % des cas.

Lobules adjacents et prolongements thyroïdiens sont à isoler des formations thyroïdiennes aberrantes. Nous réserverons cette appellation uniquement à des îlots de tissu thyroïdien normal ou pathologique ne présentant avec la glande principale aucun lien de continuité.

Abstraction faite de quelques cas particuliers où l'on a retrouvé du tissu thyroïdien jusque dans la plèvre (Ossler) et même au niveau de l'urètre, ces formations,

qui sont soit médianes soit latérales, se rencontrent en un point quelconque du territoire dérivé des six premiers arcs branchiaux, c'est-à-dire :

— Dans la région cervicale.

— Dans toute la région s'étendant de la base de la langue au milieu, des mastoïdes latéralement, à la crosse de l'aorte et aux pédicules pulmonaires.

A. - Thyroïdes aberrantes situées sur la ligne médiane.

Elles sont en relation évidente avec le tractus thyréoglosse. Chemin, dans sa thèse (Bordeaux, 1895), en donne une classification qui est restée très satisfaisante et distingue un groupe sus-hyoïdien (27 % des cas), un groupe péri-hyoïdien beaucoup plus rare, un groupe sous-hyoïdien, et un groupe sous-thyroïdien dans lequel on range en particulier la « glande aortique » décrite par Wolfer.

B. - Thyroïdes aberrantes latérales.

Pendant longtemps elles furent moins bien connues que les thyroïdes aberrantes médianes.

Mais depuis Schgager (59), elles ont donné lieu à des travaux de plus en plus nombreux.

Ces formations se rencontrent le plus fréquemment profondément derrière le sterno-cleïdo-mastoïdien, depuis la mastoïde jusqu'au creux sous-claviculaire. Elles peuvent être antérieures, dans le triangle sous-maxillaire, à l'angle de la mâchoire, en avant du sterno-cleïdo-mastoïdien, ou encore très postérieures, dans la gouttière carotidienne, derrière la trachée même.

Plus rarement, on les rencontre sur les parties latérales de l'œsophage ou du pharynx, ou encore en arrière de la trachée.

C'est à cette catégorie qu'appartiennent les formations que nous désirons étudier.

TUMEURS APPAREMMENT PRIMITIVES

DE LA REGION CAROTIDIENNE

Tumeurs bénignes

Tumeurs inflammatoires banales	7
Mycoses	3
Tuberculoses ganglionnaires atypiques	15
Tumeurs nerveuses :	
» neurinomes	3
» tumeur bénigne du corpuscule carotidien	1
» ganglioneurome du golfe de la jugulaire	1
Lymphagiomes kystiques	2
Kystes amygdaloïdes	10
TOTAL	42

Tumeurs malignes

Tumeurs primitives :	
a) Epithéliales : thyroïdes aberrantes ou métastases épithyroïdien	6
b) Nerveuses :	
— Tumeurs malignes corpuscule carotidien	2
— Tumeur glomique golfe jugulaire	1
— Sympathomes embryonnaires	2
c) Mésenchymateuses :	
— Sarcome polymorphe	1
— Sarcome fibroblastique	1
— Lymphosarcomes	8
— Réticulo-lymphosarcomes	2
— Lymphomatoses	2
— Hodgkin	14
Tumeurs épithéliales apparemment primitives, se révélant secondaires à un cancer primitif méconnu	41
Tumeurs épithéliales ne faisant pas la preuve de leur origine	80
TOTAL	160

TOTAL D'ENSEMBLE 202

(D'après REDON et LACOUR.)

FREQUENCE DES TUMEURS LATERO-CERVICALES THYROIDIENNES

Les tumeurs latéro-cervicales thyroïdiennes ne sont pas comme on a souvent tendance à le croire, d'une rareté exceptionnelle.

Si Warren et Feldman les ont notées dans 63 cas sur 20.000, soit un peu plus de 0,3 %, Redon et Lacour (54) en ont relevé 6 sur un total de 202 tumeurs latéro-cervicales (voir tableaux pages 18 et 19). Il convient de noter que ces auteurs ont volontairement éliminé de leur statistique les tumeurs médianes, thyroïdiennes en particulier, les tumeurs des glandes salivaires, les tumeurs secondaires à un cancer déjà connu et les tumeurs des leucémies ou des maladies de système ayant dépassé la phase locale.

Quoiqu'il en soit, il semble que la vérité se situe entre ces chiffres extrêmes.

Les auteurs sont d'accord pour noter une fréquence bien plus élevée de l'affection chez la femme que chez l'homme (3 cas sur 4 selon les uns, 2 cas sur 3 selon les autres) (63).

Ces formations peuvent se développer à tout âge, mais c'est principalement entre vingt et quarante ans qu'elles attirent l'attention. Ainsi, Frantz (31) sur 23 cas en a relevé 11 de vingt et un à quarante ans; 3 de un à vingt ans et 3 de cinquante et un à soixante-dix ans. Warren et Feldman (63), considèrent que l'âge moyen des malades chez lesquels on rencontre ces formations est de trente-quatre ans.

Si quelques descriptions classiques font parfois état de nodules uniques, la majorité des auteurs s'accorde à re-

connaître qu'ils sont multiples, au nombre de 4 à 6, parfois plus, atteignant et dépassant même 25.

Leur siège est en général unilatéral. Il est parfois bilatéral, mais alors avec une nette prédominance sur l'un des côtés.

ANATOMIE MACROSCOPIQUE

Uniques ou non, ces nodules se présentent sous la forme de masses arrondies ou ovalaires, de grosseur variable allant de 1/2 à 8 ou 10 centimètres dans les cas extrêmes, mais très généralement on compare volontiers leur taille à celle d'une noisette, d'une olive, d'une prune, ou d'une noix. Les nodules, de consistance ferme et élastique, sont mobiles sur les plans profonds et n'adhèrent pas aux téguments.

Ils sont presque toujours indolores.

Lors de l'exérèse chirurgicale, leur aspect est celui d'une petite masse rénitente, lisse, rougeâtre, en imposant pour un ganglion, et souvent richement vascularisée. Généralement, ils n'entraînent aucune gêne et peuvent ainsi rester longtemps ignorés. Dans des cas plus rares, ces nodules peuvent donner lieu à des troubles de compression, à savoir, douleurs névralgiques et même gêne à la circulation de retour du membre supérieur.

Redon et Dancygier (53) ont signalé un cas où la tumeur revêtait un aspect inflammatoire.

HISTOLOGIE

L'aspect macroscopique de ces nodules n'a rien d'absolument caractéristique. Ils peuvent être assez denses, charnus, parfois infarcis, parfois d'aspect colloïde. Dans certains cas aussi on peut noter des dilatations kystiques. Seule l'étude anatomo-pathologique microscopique permet d'en prendre une connaissance structurale exacte.

Ces nodules sont formés d'une manière quasi-constante par une prolifération épithéliale de type tumoral thyroïdien entourée d'une coque conjonctive elle-même doublée fréquemment d'une assise lymphoïde. La prolifération épithéliale thyroïdienne centrale n'a que d'une manière exceptionnelle l'aspect d'un tissu normal ou simplement hyperplasié, mais presque toujours celui d'une véritable tumeur thyroïdienne sans signes de malignité bien précis. Dans la grande majorité des cas observés il s'agit d'une tumeur de type végétant, papillaire, constituée par des cavités plus ou moins dilatées dont l'épithélium cylindrique unistratifié est soulevé en de multiples relèvements plus ou moins arborisés par des végétations très grêles d'un stroma fibro-conjonctif. Ces végétations peuvent parfois acquérir un épithélium pluristratifié d'une manière irrégulière, aboutissant au type de ce que certains auteurs appellent l'adénome papillaire malin, néoformation dont les caractères réels de malignité sont d'ailleurs toujours extrêmement difficiles à préciser; les zones de prolifération végétante peuvent alterner d'ailleurs avec des zones très vastes de prolifération micro-vésiculaire. Moins souvent la structure de ces nodules rappelle celle d'autres variétés de goîtres, goîtres hyperplasiques diffus, colloïdes à grosses vésicules, parfois kystiques, goîtres micro-

vésiculaires, goîtres trabéculaires (adénome fœtal). Beaucoup plus rarement encore (sauf dans des cas où elles sont des métastases évidentes d'une tumeur thyroïdienne connue et qui ne nous intéressent pas dans ce travail), ces tumeurs offrent un aspect évident de néoplasme thyroïdien avec toutes les anarchies structurales, les métaplasies et les monstruosités nucléaires possibles dans ces tumeurs.

Assez fréquemment, on peut y observer des remaniements secondaires analogues à ceux que l'on voit dans les strumites, fibroses, hémorragies plus ou moins organisées avec, parfois, dépôts calcaires. Le grand problème essentiellement pratique qui se pose à l'anatomo-pathologiste lors de l'étude de ces formations est celui de leur malignité, indépendamment de toute conception histogénétique. Il faut bien reconnaître que, dans la quasi-totalité des cas, cette malignité n'est pas flagrante, et qu'elle ne peut être vraiment envisagée sérieusement, mises à part les métastases anarchiques de cancers thyroïdiens avérés, que pour certaines formes de tumeurs papillaires en sachant, par ailleurs, combien l'estimation du degré de malignité de ces formations papillaires est délicate et variée.

EVOLUTION

L'apparition se fait en général de façon insidieuse. Il n'existe dans la grande majorité des cas, les auteurs sont d'accord sur ce point, aucun trouble fonctionnel dysthyroïdien. La lenteur de l'évolution, dont témoigne souvent l'ancienneté des nodules au premier examen, est soulignée par certaines observations.

Dans les cas, d'ailleurs les plus nombreux, où la malade ne vient consulter que tardivement, l'existence des nodules est connue depuis deux, quatre, voire dix années et même davantage. Au cours de cette longue évolution, l'augmentation de volume a été en général minime, mais parfois les éléments ont pu devenir plus nombreux.

Dans certains cas, les masses latérales sont associées à une tumeur thyroïdienne mais dominent le tableau clinique par leur volume ou leur apparition plus précoce.

C'est à ces cas là que Warren et Feldman réservent l'appellation de « thyroïdes aberrantes latérales ». Dans d'autres cas, ces nodules latéro-cervicaux sont associés à une ou plusieurs formations aberrantes médianes.

Il peut arriver enfin que la tumeur latérale semble primitive; et pour Chigot (9), « il convient de limiter l'étude du corps thyroïde latéral aberrant aux formations apparaissant en dehors de toute tumeur thyroïdienne cliniquement primitive et exemptes de formations lymphoïdes dans leur structure histologique ».

PATHOGENIE

Il est très difficile de se faire une idée exacte du pronostic de ces tumeurs latérales aberrantes. Car, si de nombreuses observations concernent des cas où l'intervention a été incomplète, ce qui augmente le nombre des récidives précoces, d'autres ne semblent pas avoir été accompagnées d'une exploration per-opératoire suffisamment attentive.

King et Pemberton d'une part, Crile d'autre part insistent sur la gravité toute particulière des cas où la tumeur thyroïdienne l'emporte sur les masses latérales par sa précocité et son développement. La mortalité est due alors à la progression du néoplasme primitif, qui prend un caractère très envahissant, inhabituel dans ces tumeurs papillaires ainsi qu'il est signalé par Frazel et Duffy.

L'étude des divers travaux effectués sur cette question montre que la plupart des auteurs n'étayent pas leur pronostic seulement sur leurs observations, qui n'ont d'ailleurs pas été généralement faites dans des conditions comparables (date variable de l'opération par rapport à la date d'apparition de ces tumeurs, intervention plus ou moins complète, portant dans certains cas uniquement sur les formations latérales et, dans d'autres cas, à la fois sur les formations latérales et sur la thyroïde elle-même, durée d'observation post-opératoire très variable aussi) mais, semble-t-il, encore plus sur leurs conceptions respectives de la genèse de ces tumeurs.

Pour les uns, ces néoformations sont des tumeurs primitives développées sur des vestiges embryonnaires.

Pour les autres, il s'agit de métastases ganglionnaires d'un cancer thyroïdien la plupart du temps ignoré jus-

qu'au moment de l'examen histologique de la thyroïde.

Les tenants de la première théorie pathogénique attribuent habituellement à ces tumeurs une malignité réduite.

Ceux de la seconde leur en accorde une aussi grande qu'à celle des néoplasmes proprement thyroïdiens.

Le choix entre ces deux conceptions est lourd de conséquences puisqu'il dicte l'attitude thérapeutique.

La première conduit ses auteurs à une chirurgie « économe ». La seconde exige les interventions importantes que sont celles de la chirurgie de tous les cancers thyroïdiens.

C'est pourquoi il est du plus haut intérêt d'étudier soigneusement les arguments de fait apportés en faveur de l'une ou de l'autre conception.

A. - La théorie embryologique.

Pendant très longtemps, les thyroïdes aberrantes latérales ont été attribuées à la persistance de reliquats provenant des ébauches latérales du corps thyroïde.

Mais après que les origines du tissu thyroïdien aient été bien souvent remises en question depuis la deuxième moitié du XX[e] siècle, il semble que cette théorie ne soit plus guère compatible avec les idées qui prévalent actuellement quant à son origine. Certes, pour Wolfer (1880) et Stieda, le tissu thyroïdien ne pouvait se développer qu'aux dépens de deux ébauches latérales.

Après les travaux de His (1895) sur l'embryon humain on en vint à admettre qu'ébauche médiane et ébauches latérales concouraient à la constitution de la glande.

Cette opinion prévalut un certain temps.

Mais à la suite des travaux de Soulié et Verdun (1897) il sembla prouvé que l'ébauche médiane donnait seule naissance au corps thyroïde.

Le tuperculum impar, au sommet du champ branchial,

participe à la formation de la région moyenne de la langue. En arrière de ce tubercule, l'épithélium endotermique prolifère dans le mésoderme sous forme d'un cordon épithélial plein, puis creux. C'est l'origine de la thyroïde médiane qui naît au point précis où se rencontreront l'ébauche antérieure et les deux ébauches postérieures de la langue.

Dans sa descente, dont le trajet est marqué par le tractus thyréoglosse, l'ébauche thyroïdienne se détache de l'épithélium pharyngien et se loge dans la bifurcation du bulbe artériel. Puis cette masse épithéliale est remaniée et devient un amas de cordons cellulaires pleins, qui se renfleront ensuite par places pour former les vésicules thyroïdiennes.

Cette théorie, qui prévaut à l'heure actuelle, admet donc que le corps thyroïde, isthme et lobe latéraux, ne dérive que de la seule ébauche médiane impaire.

Les ébauches latérales sont très discutées quant à leur origine :

— Wolfer les fait venir de la première fente branchiale.

— Born de la deuxième.

— Stieda de la troisième et de la quatrième.

— Pour Leech et Cattel, les thyroïdes latérales proviendraient d'un bourgeonnement des corps ultimo-branchiaux résultant de la cinquième poche entodermique. Elle donnerait, en effet, naissance à un complexe lympho-épithélial dont on rencontre des vestiges chez les mammifères, le corps ultimo-branchial, et qui est représenté chez l'homme par un conduit épithélial à la périphérie duquel se rencontrent quelques formations thyroïdiennes et lymphoïdes. Il est aisé de concevoir qu'au cours du développement ces débris vestigiaux puissent se détacher et se disperser dans le mésenchyme cervical où ils seront englobés, partiellement d'ailleurs, par l'ébauche de la thyroïde médiane.

— Van den Wildenberg apporte un argument à cette théorie en trouvant dans quelques thyroïdes latérales du tissu thymique et parathyroïdien voisinant avec le tissu thyroïdien.

— Pour Dubreuil, les ébauches latérales ne participent guère à l'organogenèse du corps thyroïde et ne donnent que de rares vestiges logés dans les lobes latéraux.

La discussion semble donc close en ce qui concerne l'embryologie de la thyroïde elle-même mais elle ne l'est point en ce qui concerne celle des nodules latéraux aberrants où l'histologiste a mis en évidence des tissus de nature thyroïdienne.

a) **Théorie mécanique :**

Cependant, il n'est pas nécessaire d'admettre le rôle des ébauches latérales pour expliquer la formation de thyroïdes aberrantes latérales.

— Ainsi Henke oppose les thyroïdes aberrantes médianes aux thyroïdes latérales et ne trouve aucun argument sérieux permettant de faire dériver ces dernières du corps ultimo-branchial; mais il pense qu'il pourrait s'agir de portions du corps thyroïde normal qui s'isolent à la faveur d'anomalies vasculaires.

— D'autre part, Parcellier, Venot et Bonin, ainsi que D'Abreu (1) pensent que le développement des gros vaisseaux et des masses musculaires peut entraîner, loin de l'ébauche médiane, des tissus d'origine thyroïdienne.

b) **Théorie vasculaire :**

— Enfin, nous devons à Forty (30), une hypothèse particulièrement séduisante. L'auteur estime que deux systèmes lymphatiques séparés drainent le corps thyroïde, l'un en direction des chaînes ganglionnaires cervicales, l'autre constituant un système clos thyro-thymique en

partie intra, en partie extra-thyroïdien. La distribution des cancers thyroïdiens pourrait se faire à partir de ce second système qui, à un certain stade de son développement embryologique, a été une large cavité kystique envahissant tout le cou, de la base du crâne au médiastin.

*
* *

On rencontre d'ailleurs dans la littérature nombre de cas qui donnent à cette hypothèse une réelle vraisemblance. Nous allons en citer qui nous ont paru particulièrement démonstratifs.

Premier cas : Guilleminet et Marion (35) publient en 1945 une observation très intéressante. Leur malade, un garçon de 8 ans, est porteur d'un goitre extrêmement volumineux. Une biopsie révèle un adénome thyroïdien trabéculaire et un traitement radiothérapique est institué.

Il continue cependant à grossir et à 9 ans le petit malade entre à l'hôpital Debrousse, porteur d'un goitre volumineux et diffu, farci de nodules adénomateux, semblant très vasculaire, ne donnant pas de troubles mécaniques, mais des signes légers d'hyperthyroïdie, avec cependant un métabolisme basal normal.

Intervention le 27 mars 1936. Une thyroïdectomie large est pratiquée après ligature des quatre pédicules, ne conservant des lobes latéraux qu'un fragment gros comme une grosse noix à gauche, comme une petite noix à droite. Il s'agissait d'un goitre diffus, multi-adénomateux, colloïde en certains points, dont l'examen histologique montra un adénome thyroïdien kystique en pleine activité.

Suites opératoires lointaines marquées au sixième mois par l'apparition d'une hypothyroïde traduite d'abord par de la paresse et de l'apathie, bientôt par les signes complets d'un myxœdème post-opératoire avec diminution de 50 % du métabolisme basal.

Le myxœdème persiste malgré un traitement endocrinien énergique. Ce n'est qu'il y a deux ans — donc environ sept ans

après l'intervention — que le malade réapparaît dans le service. C'est un jeune homme de petite taille, à la face légèrement bouffie, à la barbe rare. Ses téguments sont normaux et ses organes génitaux bien développés. Son développement intellectuel est moyen.

A l'examen de sa thyroïde on note une hypertrophie compensatrice modérée du lobe droit (volume d'un œuf de pigeon). D'autre part on remarque dans la partie inférieure de la région sous-maxillaire gauche deux petites tumeurs, l'une superficielle, l'autre profonde, et chacune du volume d'une grosse noix, bien mobiles sous la peau, un peu moins sur le plan profond.

L'examen endobucal est négatif.

Une biopsie est pratiquée le 23 octobre 1946, montrant un adénome thyroïdien à moyennes et petites vésicules. La colloïde est normale; les cellules des acini, pour la plupart au stade de repos fonctionnel, sans image de toxicité.

Deuxième cas : Celui-ci a été publié par Sainton et Blondin (57).

Il s'agit d'une malade, ayant subi une ablation totale de la thyroïde pour goitre simple en 1918, qui ne présenta jamais de myxœdème et vint consulter pour une tétanie. Dès le premier examen, on nota l'existence d'une tumeur dans la région sous-maxillaire droite, tumeur ovalaire à grand axe vertical, arrondie, de consistance ferme, mobile. Son volume était celui d'un œuf de pigeon. Il s'agissait, pensèrent les auteurs, probablement d'une thyroïde aberrante. En 1932 cette thyroïde commença à augmenter de volume et en 1935 elle devint plus douloureuse et consistante; la malade présenta de la tachycardie, des bouffées de chaleur et des petits signes d'hyperthyroïdie.

Métabolisme de base : + 16 %. Une ablation partielle fait disparaître ces symptômes et l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un tissu thyroïdien très proliférant avec végétations papilliformes tapissées de cellules thyroïdiennes en hyperactivité fonctionnelle.

En 1943 la malade présente encore un équilibre thyroïdien normal.

Troisième cas : (Sainton et Blondin). Il s'agit d'une femme de 41 ans qui fut opérée en 1931 d'un goitre du lobe gauche du volume d'une mandarine. On avait noté des symptômes d'hyperthyroïdie fruste, de la nervosité, une émotivité se traduisant par intermittence par un léger bégaiement, une irritabilité marquée.

En 1942, à la suite d'une récidive sur le même lobe, une lobectomie gauche subtotale est pratiquée. L'examen histologique donne les résultats suivants :

— On note à la périphérie la présence d'une capsule formée de tissu conjonctif fibrillaire, lamellaire, épais, renfermant quelques éléments glandulaires isolés, généralement peu volumineux. Le parenchyme glandulaire est constitué de nombreuses vésicules, petites, tassées, séparées uniquement par de minces fibrilles conjonctives. En plusieurs endroits elles s'épaississent légèrement, sans toutefois constituer une véritable lobulation. Les cellules qui bordent les cavités vésiculaires sont disposées sur une seule rangée, formant un épithélium unistratifié, composé de cellules cubiques souvent légèrement aplaties. Les vésicules renferment une substance de sécrétion présentant des affinités tinctoriales variant d'une vésicule à l'autre et prenant parfois un aspect dilué. On ne trouve nulle part de disposition anarchique des cellules, de mitoses nucléaires, de zones hémorragiques ni d'amas lymphocytaires. En somme, il s'agit d'un adénome vésiculaire classique, d'un goitre à petits acini ne présentant pas de lésions de transformation basedowienne ou néoplasique. —

Deux mois après la malade note une petite tumeur cervicale gauche, constituant sous le sternomastoïdien une masse du volume d'une grosse noix. Il n'y a pas d'adhérence avec la trachée ni avec la peau. On pratique l'exérèse de ce nodule qui est appendu à un bouquet veineux aboutissant à la jugulaire interne.

A l'examen histologique il s'agit d'un nodule composé de grandes vésicules à limites plus ou moins bien définies, dont l'épithélium glandulaire présente un bourgeonnement très actif, constituant dans la lumière de nombreuses villosités très ramifiées et festonnées. L'épithélium bordant les vésicules est

constitué par des cellules cubiques disposées le plus souvent sur une seule rangée. Par endroit cependant cet épithélium se stratifie et les limites protoplasmiques sont alors peu nettes. Les villosités sont constituées par un axe conjonctif sur lequel s'implantent les cellules glandulaires, uni ou pluristratifiées. La répartition de la substance colloïde est très variable : certaines vésicules en sont remplies et les villosités en sont entourées. D'autres en sont dépourvues et les villosités sont espacées les unes des autres sans substance interposée. On note des capillaires gorgés de sang et des vestiges de nappes hémorragiques anciennes. A la périphérie, dans le tissu conjonctif, on trouve quelques amas lymphoïdes diffus.

Il n'y a ni monstruosités cellulaires, ni mitoses nucléaires.

Il s'agit d'un cysto-adénome de type papillaire.

Trois semaines après l'intervention les signes de nervosité se sont amendés, le pouls est à 54 au lieu de 80. Tout laisse prévoir l'apparition prochaine d'un syndrome d'hypothyroïdie.

*
* *

Les trois observations qui précèdent ont trait à des formations aberrantes apparues après thyroïdectomie totale ou subtotale, formations sous-maxillaire gauche dans la première, sous-maxillaire droite dans la deuxième, cervicale gauche dans la troisième.

— Dans le premier cas, Guilleminet et Marion, malgré des rapports assez étroits semblant exister entre la tumeur et la grande corne gauche de l'os hyoïde, admettent comme vraisemblable qu'elle se soit développée aux dépens d'îlots thyroïdiens aberrants et il ne fait aucun doute pour les auteurs que son apparition, au moment où le malade a cessé de suivre un traitement endocrinien régulier et où, au contraire, son état général s'est nettement amélioré, doive être interprétée comme une réaction de suppléance.

— Dans le second cas, les auteurs ont noté longtemps après l'intervention, une tumeur sous-maxillaire qui, quatorze ans après celle-ci, commença à augmenter de vo-

lume. Après dix-sept ans, la malade présenta des signes d'hyperthyroïdie et l'examen histologique après ablation de la tumeur montra un tissu thyroïdien très proliférant, avec végétations papilliformes, et en hyperactivité fonctionnelle. On peut tirer de ces faits deux ordres de conclusions :

— Comme dans le premier cas, il s'agit manifestement d'une réaction de suppléance en relation avec l'insuffisance fonctionnelle du tissu thyroïdien normal. La formation a d'ailleurs si bien rempli son rôle qu'elle a même dépassé son but et a entraîné l'apparition d'un syndrome d'hyperthyroïdie.

— En outre, cette observation a été publiée vingt-cinq ans après que la thyroïdectomie ait été pratiquée. Si cette formation sous-maxillaire avait été une métastase de néoplasme ignoré lors de l'intervention initiale, on a le droit de penser que des manifestations de malignité n'auraient pas manqué de se produire durant ce laps de temps.

— Dans le troisième cas, la malade, qui a subi une hémithyroïdectomie gauche est opérée neuf ans après d'une récidive sur le même lobe. L'histologie révèle qu'il s'agit là d'un adénome vésiculaire classique.

Après deux mois, on extirpe une masse cervicale gauche à type de cysto-adénome papillaire. L'état de la malade permet de prévoir l'apparition d'un syndrome d'hypothyroïdie, illustrant parfaitement le rôle de suppléance joué par la formation aberrante.

En conclusion, nous pourrons donc tirer des constatations qui précèdent le corollaire suivant commun aux trois cas rapportés :

— Puisqu'il ne s'agissait pas de métastases cancéreuses, c'est qu'il existait préalablement à ces trois thyroïdectomies des thyroïdes aberrantes devenues compensatrices ou tout au moins des fragments de tissu thyroïdien, des vestiges si minimes soient-ils, qui ont proliféré et donné naissance à ces formations supplétives.

Il semble donc que des vestiges branchiaux puissent subsister au niveau des régions où l'on note habituellement l'existence des tumeurs latéro-cervicales thyroïdiennes.

C'est là le point de départ de la théorie embryologique, que soutiennent de nombreux auteurs parmi lesquels Lawton, Leech et ses collaborateurs, Lahey, Frantz et Forsythe aux Etats-Unis, et en France Ducuing, Bimes et Estrade. Pour tous ces auteurs, des rudiments branchiaux qui n'auraient pas régressé pourraient subir une stimulation fonctionnelle et donner naissance à des tumeurs présentant l'aspect, soit du simple adénome colloïde et méritant alors le nom de goitres aberrants, soit de tumeurs papillaires à type de cysto-adénome et capables de se développer aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur même du corps thyroïde. D'une façon quasi-constante, l'histologiste décrit un parenchyme lymphoïde particulièrement abondant, formant des îlots et bordant la capsule fibreuse qui les circonscrit, constituant des sinus parfois très importants.

Une autre caractéristique de ces tumeurs est leur cytologie assez banale. Les mitoses sont, en général, absentes. Les noyaux et la chromatine sont normales. Il n'y a habituellement aucune interpénétration entre les formations épithéliales et le tissu lymphoïde.

En résumé :

— L'absence de toute connexion entre ces tumeurs et le corps thyroïde.

— L'existence incontestable de thyroïdes médianes, d'ailleurs susceptibles de donner naissance à des néo-formations.

— La possibilité tout aussi incontestable pour des vesti-

ges thyroïdiens de subsister et de se développer dans la région latéro-cervicale.

— La présence de tissu lymphoïde (follicules et sinus lymphatiques), à l'intérieur de ces tumeurs.

— La cytologie « rassurante ».

— La lenteur extrême qui caractérise l'évolution de ces formations, constituent pour ces auteurs autant d'arguments en faveur de leur bénignité et les autorisent à mettre en œuvre le traitement « économe » que représente la simple exérèse des formations aberrantes.

B. - **La théorie métastatique.**

Une opinion toute différente sur la nature des formations latérales dites « thyroïdes aberrantes » s'est fait jour peu à peu.

En effet, Frantz et Forsythe (31) signalent que, dès 1917, Wolh pensa qu'il pourrait s'agir tout simplement des métastases ganglionnaires d'un cancer thyroïdien.

Cette hypothèse a bientôt été reprise par Pemberton (50), puis par Cohn et Steward (13), Willis, Warren et Feldman (63), et Cattel (8).

En France également, cette hypothèse a été confirmée par les récents travaux de Redon et Lacour (54), de Bloch-Michel (5) et de Dargent (23).

Il est assez curieux de constater que ces auteurs, dans le but de contester la théorie embryologique, utilisent les mêmes arguments qui ont servi à d'autres pour l'établir et la défendre.

Nous retrouvons tous ces éléments dans l'important travail de Warren et Feldman (1949).

— Les auteurs reconnaissent l'absence de lien de continuité entre la thyroïde principale et les masses latérales, mais, s'appuyant sur de récents travaux embryologiques,

ils refusent d'admettre que des tissus thyroïdiens puissent subsister dans la région latéro-cervicale en dehors de la région carotidienne. (Wozencraft et ses collaborateurs ayant étudié systématiquement l'histologie de milliers de pièces anatomiques cervicales n'y ont, en effet, jamais retrouvé de tels vestiges.)

— En outre, la présence de tissu lymphoïde qui, pour les défenseurs de la théorie précédente, était absolument compatible avec la nature thyroïdienne de ces formations, ne représente plus pour ceux-ci qu'un argument en faveur de leur nature ganglionnaire. Ces formations comportent, disent-ils, une capsule, des follicules lymphoïdes et des sinus lymphatiques. C'est donc la preuve qu'il s'agissait initialement d'un ganglion qui a été ensuite envahi par une métastase thyroïdienne, et lorsque l'on ne note pas ces sinus c'est que l'envahissement du ganglion par le néoplasme a été total.

— Le siège de ces formations correspond assez exactement à celui des relais ganglionnaires cervicaux.

— La cytologie ne permet pas d'affirmer la nature maligne de ces tumeurs, pas plus qu'elle ne permet d'affirmer leur bénignité. La plupart des histologistes reconnaissent que les images rencontrées n'autorisent pas une prise de position catégorique. Cependant, la limite entre les tissus lymphoïdes et thyroïdiens demeure bien souvent imprécise.

— Un examen approfondi de la glande principale doit permettre de découvrir une tumeur correspondante au niveau du lobe homolatéral.

Pemberton pense que les cancers des glandes thyroïdes aberrantes ne sont toujours, en réalité, que des métastases ganglionnaires cervicales d'un cancer méconnu de la thyroïde principale.

Dargent, lorsque la biopsie lui a révélé l'existence d'un adénocarcinome papillaire certain, bien que l'examen cli-

nique n'ait montré aucune lésion thyroïdienne apparente, n'hésite pas à pratiquer une thyroïdectomie élargie systématique « comme un acte de foi en la théorie de la nature toujours métastatique de ces formations cervicales ».

— Enfin ces tumeurs ont une nette tendance à récidiver localement et parfois à donner des métastases à distance.

— La lenteur de l'évolution de ces formations ne constitue pas un argument contre le cancer. En effet, si la durée de survie excède rarement cinq ans, ainsi qu'en font foi les statistiques, un malade de Frantz et Forsythe a survécu cent onze mois et deux malades de Crile, respectivement quinze et dix-huit ans.

En résumé :

— L'absence de vestiges thyroïdiens au niveau de la région latéro-cervicale.

— La présence d'éléments lymphoïdes et d'une capsule susceptibles de correspondre à des ganglions des chaînes symphatiques cervicales.

— Le résultat de la biopsie portant plutôt vers le doute.

— La fréquence, sinon la constance d'une lésion de type similaire au niveau du lobe thyroïdien homo-latéral.

— La tendance aux récidives locales et la fréquence des métastases à distance, constituent autant d'arguments qui, malgré la longue durée d'évolution de ces tumeurs, les feront considérer comme des métastases d'un cancer siégeant au niveau du corps thyroïde, même si celui-ci n'a pas été mis cliniquement en évidence.

Il en découle une thérapeutique radicale comportant, chaque fois que l'on se trouve en présence d'une tumeur latéro-cervicale épithéliale, même d'apparence primitive, non seulement une large exérèse de cette tumeur, mais aussi une hémithyroïdectomie ou une thyroïdectomie totale complétée par un curage ganglionnaire aussi complet que possible.

C. - Arguments tirés des statistiques.

C'est l'histologie qui demeure à l'heure actuelle au premier plan des moyens permettant la connaissance de ces tumeurs.

Mais en présence des divergences qui séparent les anatomopathologistes lorsqu'il s'agit d'apprécier le degré de malignité de ces formations papillaires, les auteurs ont voulu tirer des enseignements du recul et de la statistique.

De toute évidence, c'est la dernière théorie énoncée qui tend à rallier les suffrages.

Frantz et Forsythe, sur 12 malades présentant des tumeurs papillaires latéro-cervicales, ont dû, après un nombre variable de mois, intervenir à nouveau chirurgicalement chez trois d'entre eux. Un quatrième a même subi 5 interventions successives. Trois autres ont présenté des métastases pulmonaires et cérébrales. Aussi ces auteurs, sans repousser pour cela l'hypothèse embryologique, recommandent, lorsque la biopsie est en faveur d'une lésion bénigne, l'exérèse de la totalité des nodules. Si, par contre, l'examen prouve la malignité, avec ou sans envahissement des ganglions lymphatiques, une dissection avec curage ganglionnaire bilatéral s'impose; et si la thyroïde elle-même semble impliquée dans la lésion ils estiment indispensable une ablation partielle, ou totale de la glande selon les cas. Les auteurs terminent : « Nous estimons qu'il faut considérer toutes ces tumeurs comme présentant un potentiel de malignité certain. Il convient de les étudier avec soin, de les traiter radicalement et de les suivre indéfiniment ».

— Warren et Feldmann (1949) ont présenté 19 observations comportant l'examen histologique de la thyroïde. Sur ces 19 cas ils ont pu mettre 10 fois en évidence un néo thyroïdien.

— Quant à Crile, il est intéressant d'étudier l'évolution de ses conceptions depuis ses premières publications.

Cet auteur, en effet, avait en 1939 rapporté 13 cas de tumeurs papillaires développées sur des thyroïdes aberrantes. Il avait suivi ses malades pendant quatre ans avant la publication et, en aucun cas, il n'avait noté de métastases à distance. Comme à cette époque personne n'avait encore signalé de telles métastases, il n'hésitait pas à conclure en faveur de la bénignité. Il admettait comme très vraisemblable le développement simultané de deux tumeurs identiques sur la thyroïde et sur des vestiges thyroïdiens aberrants.

Huit années plus tard, 9 nouveaux cas étaient venus enrichir sa statistique.

Lorsque l'auteur publie à nouveau (17), certains de ses 21 malades ont été suivis plus de vingt ans.

La longue survie de 14 d'entre eux lui permet alors d'affirmer la nature primitive et le caractère relativement bénin de certaines de ces formations.

Mais, par contre, un autre patient est mort à la suite d'une récidive au niveau du corps throïde, et deux autres de métastases à distance. En outre, des examens histologiques minutieux ont permis à l'auteur dans 16 cas sur 21 de trouver une tumeur thyroïdienne.

Et Crile conclut ainsi : « Il est permis de penser que les nodules cervicaux étaient des métastases d'une tumeur thyroïdienne plutôt que, comme je l'ai cru naguère, des tumeurs primitives développées sur des vestiges embryonnaires ».

***

De l'examen attentif des faits et des arguments avancés par divers auteurs, il résulte que :

1° *Le problème de la genèse des tumeurs latéro-cervicales n'est pas univoque.*

2° *Parmi ces tumeurs, les unes paraissent incontestablement être des métastases d'un néoplasme thyroïdien primitif, qui n'est souvent décelable que par l'examen histologique systématique de la glande.*

3° *Les autres semblent apparaître au niveau de vestiges embryonnaires, soit isolément, soit parallèlement au développement de tumeurs semblables au sein de la glande thyroïde et sans qu'il soit possible d'affirmer qu'elles représentent une manifestation d'essaimage du néoplasme thyroïdien.*

4° *C'est créer une confusion illégitime que de vouloir grouper toutes ces formations sous le vocable de « thyroïdes aberrantes ».*

Ce terme doit être réservé à des formations thyroïdiennes capables de manifester une activité endocrine eu- ou hyperthyroïdienne selon les circonstances, et susceptibles de présenter le type de l'adénome vésiculaire et même, dans certains cas, de subir une dégénérescence.

Quant aux néoformations papillaires, quelle que soit leur origine (vestiges embryonnaires ou métastases ganglionnaires d'un néoplasme thyroïdien) nous les réuniront sous le nom de « tumeurs latéro-cervicales thyroïdiennes ».

LE DIAGNOSTIC DES TUMEURS CERVICO-LATERALES THYROIDIENNES

Le clinicien qui se trouve en présence d'une néoformation cervico-latérale a-t-il le devoir, après avoir éliminé les possibilités diagnostiques les plus fréquentes — adénopathies infectieuses banales, adénopathies bacillaires, maladie d'Hodgkin, métastases des néo du carrefour aéro-digestif et digestif, lymphosarcomes et lymphomes — *le clinicien a-t-il le devoir d'envisager la possibilité d'une tumeur latéro-cervicale thyroïdienne ?*

Y. Godefroy-Vendeville (33), dans un article d'une objectivité parfaite, et qui nous a paru du plus haut intérêt, se pose cette question.

— Pour les classiques européens, qui ont tendance à considérer cette éventualité comme exceptionnelle, la réponse sera négative.

— Pour la majorité des auteurs américains, lesquels ne sous-estiment pas la fréquence de ces tumeurs, ce diagnostic sera à envisager.

Il en est d'ailleurs de même pour beaucoup d'auteurs français modernes qui, ayant eu l'occasion déjà de formuler pareil diagnostic, ont pu en mesurer la difficulté, l'importance, ainsi que la gravité de la ligne thérapeutique qui en découle.

Pour notre part, nous insistons sur le fait que Warren et Feldman, sur un matériel chirurgical de 20.000 pièces, ont posé soixante-trois fois le diagnostic de « thyroïdes aberrantes cervicales ».

Redon et Lacour en outre, sur 202 cas de tumeurs apparemment primitives de la région carotidienne en ont étiqueté six « thyroïdes aberrantes latérales ». (Voir tableaux pages 18 et 19.)

DIAGNOSTIC POSITIF

Donc en présence d'une tumeur latéro-cervicale n'ayant pas fait la preuve de son origine, *il faut penser à envisager la possibilité d'une formation aberrante thyroïdienne.*

Nous avons déjà parlé au début de cette étude des circonstances dans lesquelles le malade consulte son médecin et nous nous sommes attachés à décrire ces tumeurs.

Nous ne ferons donc ici que résumer ces notions en cherchant à bien mettre en lumière les éléments du diagnostic :

— Dans trois cas sur quatre, il s'agit d'une femme.

La malade est en général âgée de 20 à 40 ans. Dans quelques cas elle peut être plus jeune.

— L'existence de la tumeur est connue depuis plusieurs années. Son évolution a été silencieuse et l'augmentation de volume a été minime.

— L'état général de la malade est toujours demeuré excellent. Plus rarement elle a présenté des signes de dysthyroïdie, mais quelquefois on a noté des modifications de volume ou de forme au niveau de son corps thyroïde.

— Parfois la malade consulte par simple souci esthétique. Il arrive qu'elle ait été alertée par l'apparition soudaine de caractères évolutifs de la tumeur.

— Exceptionnellement, il s'agit d'une masse unique, siégeant dans la région latéro-cervicale avec une nette prédilection pour la région sous-angulo maxillaire.

— Dans la quasi totalité des cas la tumeur est multiple, constituant des notules échelonnés le long du cou, en avant du sterno-cléido-mastoïdien, en dedans de la veine

jugulaire interne, formant une chaîne tumorale qui s'étend de la mastoïde à la clavicule.

— La répartition des éléments est souvent unilatérale. Si elle est bilatérale c'est avec une nette prédominance sur l'un des côtés.

— Les éléments sont de petites masses rondes ou ovalaires allant du volume d'un pois à celui d'une noix. Ils sont indolores et mobiles sous la peau et sur les plans profonds. Leur consistance est ferme et ce n'est qu'exceptionnllement que les auteurs ont noté un aspect inflammatoire.

En résumé, c'est la persistance depuis plusieurs années de nodules latéro-cervicaux chez une femme de 30 ans présentant un état général par ailleurs excellent, si ce n'est souvent une légère hypertrophie du corps thyroïde, qui devra orienter le médecin vers le diagnostic de tumeur aberrante thyroïdienne.

*
* *

Il est possible à l'heure actuelle de mettre en œuvre des procédés d'investigation qui apporteronnt au clinicien une aide inestimable; ces procédés sont les suivants :

— La ponction (aspiration, biopsie, dryll-biopsy);

— L'étude de la fixation de l'iode 131;

— La radiographie du corps thyroïde.

APPORTS DE LA PONCTION AU DIAGNOSTIC DES TUMEURS LATERO-CERVICALES THYROIDIENNES

La ponction, manœuvre extrêmement simple, est maintenant entrée dans la pratique courante. Si elle ne fournit pas au clinicien des données anatomo-pathologiques précises, elle le fiexera tout au moins sur la nature du tissu qu'il aura voulu explorer.

1° Ponction biopsie de la thyroïde principale :

Il semble que ce soit à Watson et Pool (64) en 1940 que l'on doive la première étude de la ponction-aspiration appliquée au diagnostic des cancers thyroïdiens.

Depuis 1943, May, Netter et Bloch-Michel (46) ont appliqué ponction-aspiration et ponction-biopsie au diagnostic des dysplasies thyroïdiennes.

a) D'une façon générale, ces auteurs procèdent à une simple aspiration à l'aiguille au niveau de la tumeur suspecte. Cette méthode, en particulier, leur a permis de se rendre compte de l'extrême fréquence des kystes thyroïdiens qu'ils ont rencontré chez 30 malades sur 207, soit dans 14,3 % des cas.

Se limitant aux nodules thyroïdiens isolés, ils ont noté une fréquence encore accrue de ces kystes, atteignant même 25 %.

b) Si la simple aspiration fournit un résultat négatif, ils introduisent à la place de l'aiguille un trocart emporte-pièce spécial, à fenêtre latérale, et peuvent alors retirer un fragment de la tumeur thyroïdienne suffisant pour permettre un examen histologique.

Les auteurs reconnaissent tout d'abord que la ponction-biopsie ne leur a été d'aucune aide en ce qui concerne le diagnostic d'hyperthyroïdie.

Mais ce procédé d'exploration a permis de reconnaître des adénomes atypiques, trabéculaires ou langhansiens.

C'est dans le diagnostic du cancer que le procédé s'est révélé le plus intéressant.

La ponction biopsie a montré tantôt une lésion maligne, tantôt des images suffisamment suspectes pour imposer l'intervention.

Quelle est la valeur de ce mode d'exploration?

L'objection principale fait état de l'hétérogénéité de la glande et tend à dénuer toute valeur à l'examen d'un fragment de dimension très réduite.

Il semble que cette objection ait une certaine valeur dans les goitres avec hyperthyroïdie dont l'aspect histologique est très variable d'un point à l'autre de la glande. Si une zone de cancérisation débutante se forme au sein de tissu goitreux banal, la ponction biopsie sera presque certainement inefficace.

Mais il est certain qu'aucune autre méthode ne permettrait non plus une interprétation exacte des faits. Pour Crile, la cancérisation secondaire d'un adénome est exceptionnelle, et presque toujours un cancer se développe dans un parenchyme normal sous forme d'un nodule rapidement individualisé, homogène, et cancérisé dans toute sa masse. L'examen d'un fragment si petit soit-il fournira donc là des conclusions valables.

Les auteurs qui ont expérimenté la méthode semblent en être absolument partisans. May et Netter estiment que, simple et sans danger, elle leur a donné des résultats de valeur inégale suivant les cas, mais parfois d'un immense intérêt, principalement dans le diagnostic du cancer. D'autre part, Watson et Pool ont noté, toujours chez les cancéreux, 83 % de résultats exacts.

Quant à Menegaux et ses collaborateurs (48), ils affir-

ment après 200 ponctions n'être jamais passés à côté d'un diagnostic de néoplasme.

Il semble que la méthode soit digne d'intérêt et puisse être utilisée pour toutes dystryroïdies suspectes.

2° **Ponction des lobules aberrants :**

Il ne semble pas que l'étude cytologique du liquide de ponction des lobules aberrants puisse apporter des éléments nouveaux dans la discussion de leur nature cancéreuse ou bénigne, mais la ponction permettra certainement le diagnostic de tumeur cervicale d'origine thyroïdienne ce qui présente quand même un grand intérêt.

L'interprétation des frottis est délicate en ce sens que les images seront absolument différentes de celles que fournit l'histologie. Pour Menegaux et Netter la cytologie des frottis « doit être considérée comme une discipline à part » et être absolument séparée de l'histologie.

André et Dreyfus (2) considèrent comme un signe très important le fait que la ponction ramène un centimètre cube et même plus l'un liquide brun, ne coagulant pas.

Ces auteurs ont parfaitement décrit la cytologie des frottis colorés au May-Grunwald-Giemsa. Outre les hématies et les leucocytes ramenés par la ponction les éléments rencontrés peuvent être rattachés aux trois types suivants :

1° Des cellules isolées de 15 à 20 μ de diamètre, à noyau rond ou ovale, nucléolé, et à chromatine parfois dense, parfois finement réticulée.

Le cytoplasme de forme irrégulière, souvent en flamme, entoure le noyau de toutes parts. Sa structure est finement granuleuse, de couleur violacée avec des zones nettement acidophiles ou basophiles. Ce cytoplasme est parfois uniformément acidophile et renferme alors des vacuoles claires contenant souvent une hématie qui semble phagocytée.

2° Des cellules en placard dont les cytoplasmes juxtaposés semblent constituer une masse unique, colorée en violet ou en rose, présentant dix à trente noyaux de taille variable, susceptibles d'atteindre jusqu'à 20 μ.

3° Des éléments particuliers à noyau arrondi et à cytoplasme très étendu riche en vacuoles rondes, irrégulières, souvent incolores, parfois renfermant des hématies et des grains verdâtres représentant sans doute de l'hémo-sidérine. Certains de ces éléments ont un cytoplasme entièrement vacuolisé, très riche en granulations, et enfermant un noyau picnotique.

3° **Biopsie à la tréphine tournante (Drill Biopsy des anglo-saxons) :**

Cette méthode fut imaginée primitivement par Kirschner (41) de Heidelberg, en 1934, puis modifiée par Christiansen en 1940. On procède en trois temps :

— Une étroite tréphine biaisée est introduite jusqu'à la surface de la lésion. Le trocart est enlevé et un petit moteur électrique type dentiste est attaché à la tréphine.

— La tréphine tournant alors à une certaine vitesse est introduite dans la tumeur jusqu'au point où l'on désire effectuer un prélèvement.

— Le moteur est arrêté et remplacé par une seringue.

Cette méthode serait mieux adaptée à certaines lésions très difficiles à ponctionner avec une aiguille ordinaire. Enfin, la quantité de tissu obtenue serait plus abondante.

Pour Redon et Lacour elle paraît éviter les inconvénients de la large biopsie tout en permettant un examen histologique architectural complet, nettement supérieur aux examens purement cytologiques de la banale ponction.

Les auteurs ne l'utilisent que depuis quelques semaines mais, disent-ils, avec des résultats quasi constants.

APPORTS DE L'IODE 131 AU DIAGNOSTIC DES TUMEURS THYROIDIENNES.

L'iode radio-actif constitue à l'heure actuelle un moyen d'exploration et de discrimination formel, présentant l'avantage de pouvoir être appliqué à la malade avant tout geste opératoire.

Ca radio-élément possède une période de huit jours, donc suffisamment longue pour autoriser une expérimentation physiologique convenable. Il est intéressant surtout par son émission de rayons gamma qui nous permettront de le suivre facilement de l'extérieur. Enfin l'iode 131, comme l'élément normal, est électivement fixé par la thyroïde et il n'existe pas d'autre organe au niveau duquel ce métalloïde se fixe plus intensément. La concentration au niveau de la glande est maximum au bout de 24 à 30 heures et la quantité que l'on peut retrouver dans la thyroïde peut être 500 fois supérieure à celle présente dans le sang.

*
* *

Les tests au radioiode sont actuellement très nombreux dans leurs modalités, quoique leur principe reste toujours le même : absorption d'une dose « traceur », suffisamment petite pour n'apporter aucun changement au métabolisme thyroïdien normal, et étude de sa fixation et de son élimination.

— Dès 1940, on a utilisé la mesure du stockage de l'iode 131. Il était nécessaire de tenir compte non seulement de la proportion d'iode fixée, mais aussi de la vitesse de fixation. Aussi, pour caractériser durée et am-

plitude de stockage, après que différentes méthodes aient été proposées, en est-on venu à une systématisation mathématique quelque peu arbitraire.

— L'épreuve de « clearance thyroïdienne » apprécie la vitesse avec laquelle la dose test est fixée, pour une concentration donnée du plasma en radioiode. En d'autres termes, la vitesse de fixation du métalloïde par la thyroïde équivaut au volume du plasma débarrassé d'iode par minute.

La technique sera simplifiée si, au lieu de mesurer l'activité du plasma, on mesure celle à la surface d'un tissu ne concentrant pas l'iode, la mâchoire par exemple.

Ce test, avec cette dernière modalité technique, est très en faveur chez les anglo-saxons et a l'avantage de n'utiliser que des doses « traceur » très faibles.

— Le « piège à iode » a le mérite d'être très original et facile à réaliser. Si on administre une médication antithyroïdienne avant la dose « traceur », très peu d'iode s'accumule dans la thyroïde de l'individu sain. Si le sujet est hyperthyroïdien, une forte proportion d'iode sera captée par la glande. L'administration de thiocyanate de potassium amènera l'élimination rapide du radioiode thyroïdien et la quantité éliminée fournira ainsi une bonne mesure de l'activité thyroïdienne.

— L'étude de l'élimination urinaire de l'iode 131 dans un temps donné constitue sans doute le procédé le plus simple. On suppose que la dose administrée est partagée entre la thyroïde et les reins. En conséquence, la quantité éliminée par l'urine est en raison inverse de la quantité fixée par la glande. L'individu normal éliminera en vingt-quatre heures entre 30 et 40 % de la dose administrée.

— Le procédé qui présente sans conteste le plus haut intérêt pour le clinicien est l'étude topographique de la fixation du radioiode au niveau de la région thyroïdienne, aboutissant à l'établissement de véritables cartes.

L'appareillage utilisé doit permettre une définition très fine. Cette définition se traduit par la possibilité de séparer des sources radioactives extrêmement voisines. Si l'on suppose deux sources ponctuelles à une distance de 4 à 5 millimètres l'une de l'autre, leur radioactivité n'interfèrera pas dans le compteur.

*
* *

Le dispositif comprend un micro-compteur de Geiger (*) à cathode de plomb enchassé dans les deux tiers supérieurs d'un cylindre également en plomb et dont le tiers inférieur comporte un orifice étroit, très focalisé, autorisant un grand pouvoir séparateur. A ce dispositif mobile est relié une extrémité d'un pantographe dont l'autre extrémité se déplace sur une feuille de papier. On aura ainsi la projection sur un plan horizontal des activités des diverses régions de la glande.

L'interprétation des cartes thyroïdiennes ainsi obtenues doit d'abord tenir compte d'un fait : elles représentent la projection d'un volume sur un plan.

Ce volume est le corps thyroïde lui-même. Il est donc logique de s'attendre à des fluctuations de l'activité enregistrée en fonction de l'épaisseur du tissu glandulaire sous-jacent, et en particulier à l'atténuation de celle-ci au fur et à mesure que l'on s'approchera des bords de la glande.

Mais cette activité ne devra pas, chez le sujet normal, présenter de brusques solutions de continuité.

(*) Ce micro-compteur de Geiger vient récemment d'être remplacé par un compteur à scintillation, très focalisé, qui fournit une définition identique à celle dont nous avons parlé, mais dont le rendement pour les rayons gamma est incontestablement supérieur.

Ce procédé, couplé à la mesure de l'élimination du radioiode urinaire, est couramment utilisé au centre des isotopes de la Fondation Bergonié.

On ne peut évidemment pas rapporter les résultats de tous les examens à un ou plusieurs schéma-types.

Mais quelques-uns sont assez caractéristiques pour permettre d'apprécier tout l'intérêt de la méthode.

— Il peut arriver, par exemple, que chez un malade présentant une fixation globale diminuée (élimination supérieure à 40 %), la cartographie ne décèle qu'une activité réduite et homogène de la glande.

Dans ce cas, nous serons fondés à penser que celle-ci a été uniformément infiltrée par une tumeur, d'où diminution de la valeur fonctionnelle du parenchyme thyroïdien.

— Il arrive aussi parfois que l'on puisse déceler — chez un sujet à fixation globale diminuée — un ou plusieurs noyaux périphériques d'hyperactivité, alors que la plus grande partie et le centre même de la glande ont une fixation réduite. Nous serons alors autorisés à penser que les noyaux périphériques constituent les derniers vestiges sains d'un parenchyme progressivement infiltré par un processus néoplasique.

*
* *

Il nous faut maintenant envisager le cas particulier de l'exploration des surfaces latéro-cervicales. Notre technique est valable dans la mesure où la fenêtre du château peut être approchée à 2 ou 3 millimètres de la surface limitant le corps à explorer.

Mais dans le cas des faces latérales du cou il peut arriver que cette condition ne soit pas remplie du fait de la forme même de l'appareil qui tend à venir buter contre la saillie du maxillaire inférieur.

Dans ce cas, par suite de l'éloignement auquel on est contraint, la définition du compteur sera supérieure à la

surface correspondant aux nodules à explorer et il ne sera plus possible d'en préciser les contours.

Aussi devrons-nous nous borner à enregistrer une émission d'intensité plus ou moins grande sans pouvoir en préciser la source.

Les quelques notions qui précèdent, non seulement nous montrent le parti que l'on peut tirer de ce procédé d'exploration, mais aussi nous permettent de toucher du doigt toutes les difficultés que sa mise en œuvre présente. La valeur des indications qu'il fournit est grande, mais ici plus qu'ailleurs elle est subordonnée à l'entraînement de l'opérateur, à sa connaissance de l'appareillage qu'il utilise. Le résultat pourra être donné en toute sécurité s'il est capable d'affirmer que la mesure s'est déroulée dans les conditions techniques optima.

APPORTS DE LA RADIOGRAPHIE AU DIAGNOSTIC DES TUMEURS THYROIDIENNES

La radiographie est fortement conseillée par DARGENT. Cet auteur estime (23) qu'en associant ce mode d'investigation à la large exploration chirurgicale il est possible de serrer le problème de plus près encore et de savoir s'il existe vraiment des tumeurs papillaires primitives sur thyroïdes cervicales aberrantes, ou si ces tumeurs bénignes latérales coexistent toujours avec des tumeurs bénignes thyroïdiennes ou enfin si elles sont des métastases plus ou moins différenciées d'un cancer thyroïdien insoupçonné.

La radiographie en coupes sériées permettrait de déceler une image calcifiée anormale au voisinage de l'image claire laryngo-trachéale, image représentant les calcosphérites organisés ou les concrétions calcaires inorganisées que les tumeurs papillaires contiennent parfois dans leur stroma.

Bien que la méthode ne semble pas avoir été utilisée systématiquement — l'auteur n'a soumis à la radiographie qu'une pièce opératoire fixée au formol — il lui accorde une valeur très grande et nous pensons avec lui qu'elle mériterait une large expérimentation.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic différentiel des tumeurs cervico latérales se fera avec les adénopathies des affections tumorales suivantes :

I. - Tumeurs secondaires.

A. — *Tumeurs bénignes :*

— Avec les adénopathies des affections banales.
— Avec les adénopathies bacillaires.
— Avec les actinomycoses.
— Avec les kystes thyroïdiens isolés.

B. — *Tumeurs malignes :*

a) *Cavité buccale :*

— Cancer de la portion mobile de la langue.

b) *Oropharynx :*

— *Cancer de l'amygdale* (et notamment avec la forme ganglionnaire primitive ainsi qu'avec les tumeurs de l'amygdale pharyngée de la fossette de Rosen Müller, c'est-à-dire :

— Les épithéliomas.
— Les lymphosarcomes.
— Les lymphoépithéliomes.

— *Cancer du plancher.*
— *Cancer des piliers.*
— *Cancer du sillon glosso -amygdalien.*
— *Cancer de la base de la langue.*

c) *Hypopharynx :*

— *Cancer de la margelle,* c'est-à-dire :

— Cancer de l'épiglotte.

— Cancer du repli ary-épiglottique.
— Cancer des arythénoïdes.

d) *Larynx extrinsèque :*

— *Cancer des sinus pyriformes.*

e) *Larynx intrinsèque :*

— Cancer des cordes vocales.
— Cancer des bandes ventriculaires.
— Cancer du vestibule.
— Cancer sous-glottique : les ganglions cervicaux ouvrent très souvent le tableau clinique de cette forme qui envahit longuement le mur pharyngo-laryngé avant de s'extérioriser.

f) *Cancer de l'œsophage cervical ou de la bouche œsophagienne :* ces derniers débutent cependant très rarement par des adénopathies cervicales.

g) *Peau :*

Cancer cutané de la région cervicale haute.

II. - **Tumeurs primitives.**

1° Avec les lymphomes.

2° Avec les ganglions de la lymphogranulomatose maligne.

3° Avec les trois variétés du lymphosarcome :
— Lymphocytoblastome.
— Lymphocytosarcome.
— Prolymphocytosarcome.

4° Avec les adénopathies des leucémies.

5° Avec les adénopathies des reticulopathies : reticulosarcomes.

En conclusion : en présence de tumeurs latéro-cervicales et surtout en cas de tumeurs multiples, il est nécessaire d'envisager le diagnostic de tumeurs latéro-cervicales thyroïdiennes. Etant donné la relative rareté de ces néofor-

mations, il est évident qu'on devra d'abord discuter le diagnostic différentiel des autres tumeurs de cette région. Si aucun de ces diagnostics ne peut être retenu, on devra :

1° Faire la ponction de l'une des néoformations.

2° Même si cette ponction permet le diagnostic de tumeur papillaire on fera pratiquer l'épreuve de fixation de l'iode 131 et la cartographie thyroïdienne dont les résultats seront utilisés pour préciser les modalités de la thérapeutique.

3° Si la ponction ne permet pas de faire un diagnostic, on fera également les épreuves au radioiode. Si l'élimination urinaire du radio-élément est excessive et surtout si la cartographie est anormale, on sera en possession d'un bon élément de présomption.

4° Si la ponction est négative et si les épreuves au radioiode sont normales, on aura le droit de pratiquer la biopsie de l'un des ganglions.

Mais si, au contraire, la ponction est en faveur d'une tumeur papillaire, ou si les épreuves à l'iode radioactif sont anormales, la simple biopsie ganglionnaire représente une manœuvre dangereuse, qui doit être exclue. L'examen histologique extamporané de l'un des ganglions devra être fait au cours d'une cervicotomie large qui permettra, selon la réponse de l'histologiste, de pratiquer immédiatement, en cas de tumeur papillaire, la résection de tous les éléments tumoraux et la lobectomie thyroïdienne.

THERAPEUTIQUE

La thérapeutique des tumeurs latéro-cervicales thyroïdiennes est avant tout chirurgicale.

Comme nous l'avons déjà indiqué, les partisans de l'origine embryonnaire de ces tumeurs prônent une chirurgie « économe » et se contentent de pratiquer l'exérèse de toutes les néoformations.

Leurs adversaires complètent l'exérèse des formations latérales par une thyroïdectomie plus ou moins étendue et souvent aussi par un traitement rœntgenthérapique.

Nous estimons, pour notre part, que la seconde attitude est de loin la plus prudente.

Si seul le lobe thyroïdien homo-latéral présente des anomalies de fixation de l'iode 131, nous sommes partisans de faire une lobectomie simple, outre l'exérèse des tumeurs latérales. Si, au contraire, la cartographie a montré des anomalies de fixation étendues aux deux lobes, nous estimons qu'il faut pratiquer l'ablation totale de la glande puis compléter celle-ci, soit par un traitement rœntgenthérapique, soit par un traitement à l'iode 131.

OBSERVATIONS

Si l'absence d'examen histologique de la thyroïde dans un trop grand nombre de cas versés au débat, et si la diversité des traitements appliqués par les différents auteurs empêchent les statistiques d'être comparables, l'amélioration des procédés paracliniques d'exploration doit nous permettre dans tous les cas de formuler un diagnostic précis.

A l'appui de cette affirmation, nous apportons quatre observations de malades chez lesquels nous avons envisagé l'hypothèse de « tumeurs latéro-cervicales thyroïdiennes » et établi un diagnostic positif avant toute cervicotomie.

*
* *

Observation N° I

(*Docteur G. Hirtz.*)

Josette B..., 14 ans 1/2.

La malade, qui a présenté une forte croissance staturale depuis l'âge de 12 ans, et a vu l'apparition, vers 13 ans 1/2, de règles normales, n'a pas d'antécédents particuliers. On note, à 12 ans 1/2, l'apparition de quatre petites tumeurs cervicales, l'une située au-dessus de la partie inférieure du lobe gauche de la thyroïde, les trois autres le long de la chaîne thyroïdienne gauche. La tumeur sous-thyroïdienne présentait le volume d'une petite cerise, les tumeurs carotidiennes inférieure et supérieure celui d'une olive et la caro-

tidienne moyenne était un peu plus grosse que les deux précédentes.

Au moment où ces tumeurs ont fait leur apparition l'hémogramme indiquait une lymphocytose et, bien que la cuti-réaction ait été négative, le diagnostic d'adénopathies bacillaires a été fait et la malade a reçu pendant plus d'un mois un traitement de rayons ultra-violets et d'isoniazide en suppositoires sans aucune modification des tumeurs ni de l'état général qui est resté satisfaisant.

C'est le 3 décembre 1955 que la malade vient consulter le docteur Hirtz pour la première fois.

L'examen général est absolument négatif.

Poids : 45 kg 400 ; taille : 1 m. 505 ; T. A. : 12-6,5 au Vaquez ; pouls : 84 ; Vernes Résorcine : 12° ; V. S. : 3 mm., 6 mm. et 40 mm. après vingt-quatre heures.

Un hémogramme est pratiqué et donne les résultats suivants :

Hématies : 4.820.000.
Leucocytes : 8.600.
Hémoglobine : 90 %.
Valeur globulaire : 0,95.
Neutrophiles : 63 %.
Eosinophiles : 1 %.
Petits lymphocytes : 28 %.
Grands lymphocytes : 8 %.

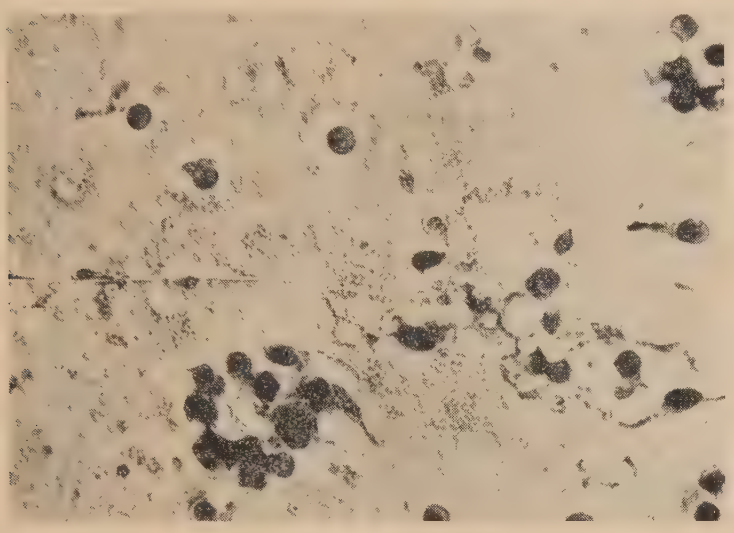
Les tumeurs cervicales, médiane et carotidiennes, semblent avoir des dimensions et caractéristiques analogues à celles présentées deux ans plus tôt. On note cependant une légère hyperplasie de l'isthme thyroïdien. Ni signes de Maranon ni souffle thyroïdien d'auscultation. Le 7 décembre 1955 une ponction du ganglion carotidien médian est pratiquée. L'examen est effectué par le docteur J. Biraben qui nous remet le compte rendu suivant :

— Des frottis provenant du liquide de ponction de la tuméfaction latéro-cervicale ont été colorés par la méthode de May-Grünwald-Giemsa.

Ces frottis nous montrent quelques hématies et de nombreuses cellules épithéliales le plus souvent groupées en

placards. Ces cellules ont des cytoplasmes moyennement basophiles, assez importants, étalés, avec des noyaux le plus souvent globuleux, à chromatine dense, rarement nucléolés.

Les cytoplasmes lorsqu'ils sont jointifs ont des limites difficiles à préciser, aboutissant ainsi à des aspects pseudo-syncitiaux. Parfois les groupements cellulaires paraissent ébaucher des dispositions cavitaires. Parfois encore les cyto-



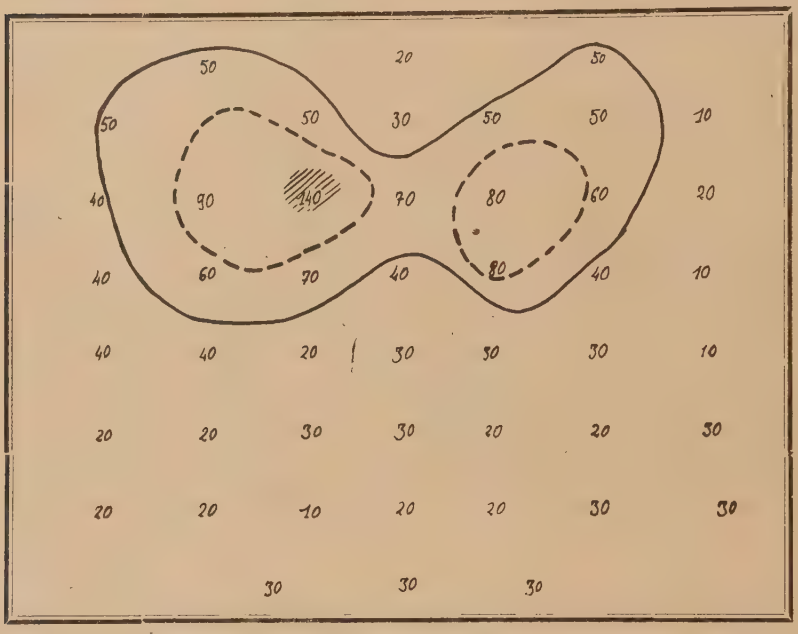
Josette B... — Ponction du ganglion carotidien médian. Placards cellulaires évoquant parfois des dispositions cavitaires en rosettes et formés de cellules cubo-cylindriques à noyaux globuleux réguliers et à cytoplasmes moyennement basophiles. (× : 250).

plasmes forment des vacuoles de sécrétion. S'il existe quelques inégalités de taille des noyaux, nous ne voyons pas d'anomalies véritables.

De tels aspects ne nous paraissent pas évoquer de structure lymphoïde mais plutôt celle d'un organe de formation épithéliale à structure cylindrique glandulaire sécrétante. Le diagnostic le plus plausible nous paraît être celui de « tumeur thyroïdienne latéro-cervicale ».

Le 16 décembre 1955 une épreuve de fixation de l'iode 131 est pratiquée (Service des isotopes de la Fondation Bergonié, Professeur Blanquet).

L'élémination urinaire est de 36 %, donc sensiblement normale. La cartographie, effectuée par M. Mounié, montre « des zones de fixation d'une thyroïde normale dans la partie supérieure du cou. L'émission des radiations dans la partie inférieure est homogène et très faible. Sur les thyroïdes aberrantes on ne relève qu'une fixation à peine perceptible de l'élément radioactif ».



Josette B... — Cartographie thyroïdienne.

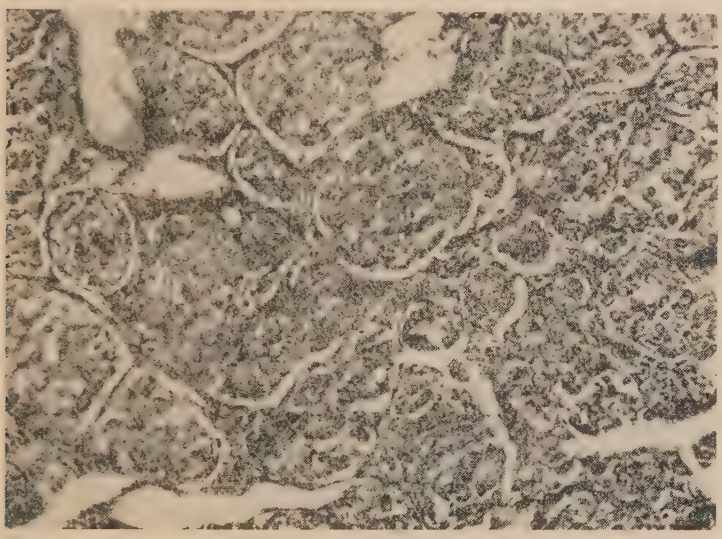
L'intervention chirurgicale est partiquée le 30 décembre 1955 par le Docteur M. Pourquié à Dax, qui extirpe la chaîne tumorale carotidienne gauche comportant trois groupes volumineux réunis par des formations de moindre importance, l'ensemble étendu de la région rétro-angulo-maxillaire à la clavicule et formant un tractus continu.

La dissection du pédicule carotidien ayant été fort minutieuse, il remet à un deuxième temps l'ablation des deux masses thyroïdiennes médianes.

Le compte rendu du deuxième temps de l'intervention ne nous a pas encore été communiqué.

Les ganglions carotidiens extirpés ont été soumis à un examen histologique (Docteur J. Biraben). En voici le compte rendu :

— De multiples préparations ont été effectuées à partir des divers nodules extirpés. Elles nous montrent toutes les



Josette B... — Plages formées de cordons cellulaires sans anomalies nucléaires ayant la disposition architecturale générale du goitre trabéculaire ou adénome fœtal. (× : 50).

mêmes aspects qui n'évoquent en rien une structure ganglionnaire lymphoïde. Il s'agit, en effet, essentiellement partout d'une prolifération formée de nappes arrondies ou allongées de cellules épithéliales jointives globuleuses ou cubiques, s'orientant fréquemment en petites dispositions cavitaires, pour atteindre parfois les dimensions d'une vésicule de petit diamètre à contenu colloïde. Ces groupements cellulaires sont toujours limités et séparés les uns des autres par des ligaments collagènes minces qui dessinent dans leur ensemble un réseau de larges mailles. A la périphérie de ces nodules, se voit une coque fibro-conjonctive accompagnée de petits

îlots lymphocytaires. Ces aspects sont ceux essentiellement d'une prolifération offrant tous les caractères d'une tumeur thyroïdienne à type de goître trabéculo-vésiculaire évoquant l'adénome fœtal.

Il paraît donc que nous devons considérer ces formations comme des tumeurs dysembryoplasiques, dérivant d'ébauches thyroïdiennes latérales provenant du corps ultimobranchial. Bien que certains auteurs veuillent systématiquement considérer de telles lésions comme des métastases ganglionnaires d'un épithélioma thyroïdien méconnu, nous pensons, en particulier dans ce cas, qu'il s'agit bien de tumeurs bénignes (absence de monstruosités nucléaires) et que la coque conjonctive avec îlots lymphocytaires de la périphérie n'est pas le reste d'un ganglion envahi mais fait partie de dysembryoplasie elle-même, car il est bien connu que les dysembryomes cervicaux sont presque toujours des complexes lympho-épithéliaux. Quoi qu'il en soit, la dégénérescence ultérieure possible de telles formations étant connue, il importe de surveiller étroitement la malade surtout si l'exérèse absolument totale n'a pas été techniquement possible.

*
* *

Observation N° II

(*Docteurs G. Hirtz et J. Auché.*)

Eliane M..., 27 ans.

Antécédents : La malade a fait dans l'enfance un rhumatisme articulaire aigu qui a guéri sans séquelles. Puberté à 14 ans. Les règles sont normales avec un cycle de vingt-neuf jours.

Elle fait une grossesse au cours de laquelle se développe une tuberculose pulmonaire qui est traitée par tifomycine et rimifon. La guérison suit. Accouchement normal d'un enfant bien portant.

Histoire de la maladie : A la fin du traitement antibacillaire on découvre une hyperplasie du lobe thyroïdien avec

apparition de deux tumeurs cervicales, l'une sous angulo-maxillaire droite du volume d'une cerise, l'autre carotidienne droite atteignant la taille d'une grosse prune.

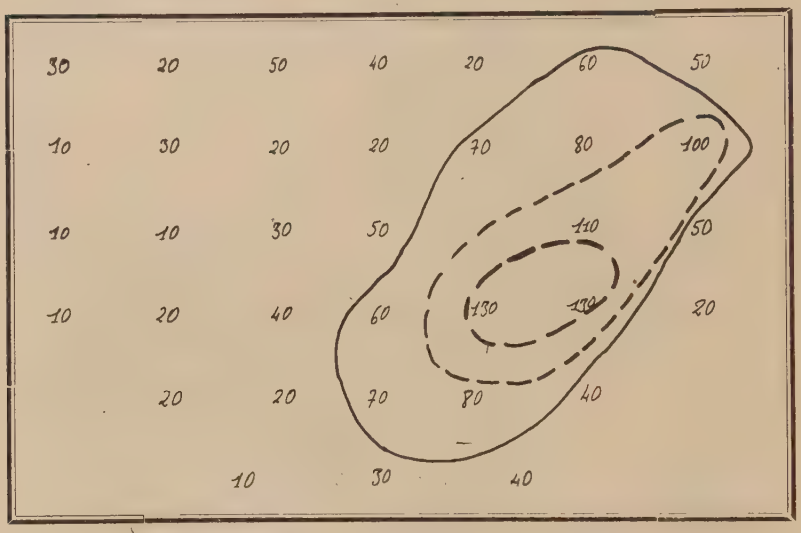
Eliane M... — Pièce opératoire comportant lobe droit thyroïdien et chaine ganglionnaire.

L'examen général est négatif en dehors d'une maigreur importante. Taille : 1 m. 63 ; poids : 41 kg 500 ; légère tachycardie et petit tremblement émotif ; T. A. au Vaquez: 13-8,5 ; pas de signe de cardiothyréose ; pas de souffle thyroïdien ; pas de signe de Maranon. A noter que la poids est stationnaire depuis plusieurs mois.

Examen de la thyroïde : On note une hyperplasie du lobe gauche qui offre à la palpation une consistance élastique uniforme.

Etude de la fixation de l'iode 131 (service des isotopes de la Fondation Bergonié, Professeur BLANQUET). L'élimination urinaire est de 50 % donc nettement au-dessus de la normale.

La cartographie effectuée par M. MOUNIÉ indique que seul



Eliane M... — Cartographie thyroïdienne.

le lobe gauche thyroïdien fixe l'iode radio-actif. La répartition au niveau de ce lobe est sensiblement normale.

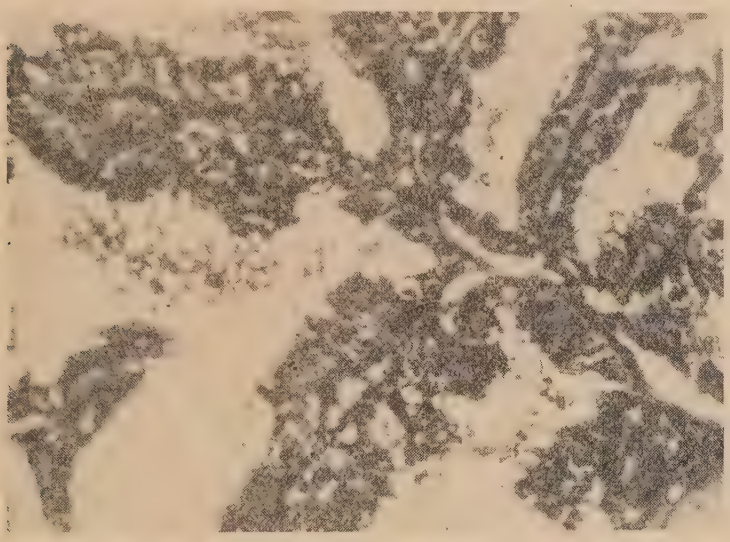
L'exploration de la région sous-maxillaire droite n'a pas montré une intensité radioactive nette. Les chiffres relevés sont, en effet, extrêmement voisins du mouvement propre de l'appareil. Ces valeurs sont à rapprocher de celles relevées sur le lobe droit de la glande principale.

Une intervention chirurgicale est pratiquée le 24 février 1956 par le docteur AUCHÉ, chirurgien du Centre Anti-Cancéreux, qui pratique une hémithyroïdectomie avec curage ganglionnaire et ablation de toute la chaîne depuis l'angle maxillaire jusqu'au dôme pleural.

Par la suite sous l'influence d'un simple traitement à l'acide ascorbique et aux doses faibles de réserpine (0,5 mg p.d.), augmentation du poids qui passe à 48 kg. T.A. : 13-7,5 au Vaquez.

Les pièces opératoires ont été soumises à l'examen (Docteur J. Biraben). Le résultat en est le suivant :

— De multiples préparations ont été effectuées aussi bien



Eliane M... — Structure papillaire végétante typique à revêtement épithélial cylindrique haut unistratifié. (× : 100).

en des points variés du corps thyroïde lui-même que des formations nodulaires latéro-cervicales. Dans l'un comme dans l'autre cas, quelles que soient les coupes examinées, la structure est partout la même.

Nous voyons, en effet, en tous les points une structure de prolifération essentiellement végétante qui ne rappelle plus l'architecture normale de la glande thyroïde. Il s'agit de multiples papilles conjonctives s'arborisant finement à l'intérieur de cavités plus ou moins vastes, le tout régulièrement recouvert d'un épithélium cylindrique de hauteur moyenne, unistratifié. Entre ces zones de prolifération végétante existent

des plages formées de nappes et de cordons cellulaires généralement séparés les uns des autres par des vitrées collagènes. Ces cordons sont constitués d'éléments arrondis ou cubiques qui ébauchent fréquemment des dispositions microvésiculaires ; les vésicules bien constituées sont rares et de petite dimension. Nous ne voyons pas de monstruosités nucléaires caractéristiques.

Certains points de ces pièces ont particulièrement retenu notre attention : tout d'abord certaines formations globuleuses d'allure hémorragique observées au niveau de la glande thyroïde elle-même, en particulier à son lobe droit, qui s'avèrent être simplement des kystes colloïdo-hématiques, d'autre part des formations nodulaires de petite dimension à contenu pâteux, accolées à de plus volumineux nodules latéraux ; ces petits nodules que l'on pouvait prendre macroscopiquement pour des ganglions tuberculeux sont en vérité des vésicules kystiques dilatées, remplies de colloïde épaisse. Autour des formations latéro-cervicales, se voit partout une coque conjonctive limitante, bien individualisée ; à l'intérieur de cette coque et à son contact immédiat, nous ne mettons pas en évidence de groupements lymphoïdes d'importance appréciable. Toutes ces constatations permettent donc de conclure que la glande thyroïde elle-même et les formations latérales sont le siège d'un même processus de prolifération tumoral thyroïdien offrant à la fois le type du cysto-adénome papillaire et celui du goître trabéculaire ou fœtal. Le pronostic exact de ces tumeurs papillaires est difficile à fixer, mais nous ne voyons pas ici de signes qui permettraient de conclure à une malignité certaine.

En ce qui concerne la nature primitive ou ganglionnaire métastatique des nodules latéro-cervicaux, ici comme toujours il n'y a pas d'arguments définitifs qui puissent être avancés, toutefois devant l'identité absolue d'aspect et l'absence d'image permettant de conclure au caractère partiellement lymphoïde des formations latérales, l'hypothèse la plus plausible dans ce cas, serait celle du développement simultané.

*
* *

OBSERVATION N° III
(*Docteurs G. Hirtz, J. Auché et B. Vaissie.*)

Marie-Jeanne L..., 29 ans.

Antécédents : A 14 ans, pleurésie séro-fibrineuse gauche. A 15 ans, paratyphoïde B. Puberté. Les règles sont très douloureuses. Mariée à 25 ans. Stérilité primaire.

A la suite d'une hystéro-salpingographie, infection puis bacillose génitale.

Histoire de la maladie : La malade a présenté au moment de l'adolescence (l'époque exacte ne peut être précisée) une hypertrophie du lobe gauche thyroïdien. Puis vers 25 ans sont apparues deux tumeurs, l'une sous-maxillaire droite (tiers postérieur), l'autre carotidienne droite (au niveau du quart inférieur).

Dans les dernières années on n'a noté aucune variation de volume de ces masses.

C'est à l'occasion d'un dépistage systématique que l'on découvre une opacité médiastinale supérieure droite. Un phtysiologue, après avoir fait pratiquer un examen des crachats, une radiographie et une bronchoscopie, conclut qu'il ne s'agit pas d'adénopaties bacillaires et prescrit une médication calcique et vitaminique.

La malade est rassurée par la négativité de cet examen, et c'est à propos de sa stérilité qu'elle vient, quelques jours plus tard, consulter le docteur HIRTZ !

Outre les antécédents ci-dessus rapportés, l'interrogatoire retient le caractère hyperfolliculinique des cycles menstruels et des règles, des troubles du sommeil et des céphalées.

L'examen gynécologique montre un utérus congestif et augmenté de volume.

Mais l'attention est bien davantage attirée par la glande thyroïde et par les adénopathies cervicales.

Examen de la thyroïde : Il existe une franche augmentation de volume du lobe gauche (taille comparable à deux prunes) dont le pôle supérieur est ferme et élastique mais

dont la partie inférieure a une fermeté non ligneuse mais très différente.

Pas de signe de Maranon. L'auscultation de ce lobe permet de percevoir un souffle thyroïdien qui n'est plus perçu au niveau du lobe droit. Il n'existe pas de signe de dysthyroïdie. T. A. au Vaquez : 15,8-8. Pouls : 84.

La région cervicale droite est, en outre, le siège de deux tumeurs : la première est située au-dessous de la branche horizontale du maxillaire inférieur, à l'union de son tiers moyen et de son tiers postérieur. Elle est du volume d'une petite prune, légèrement aplatie, de contours irréguliers mais bien limités, indépendante des plans superficiel et profond.

La deuxième tumeur, deux fois plus volumineuse, siège au niveau du quart inférieur du sterno-cleido-mastoïdien qu'elle chevauche et déborde nettement en arrière. Ses contours sont arrondis, bien limités, et elle est mobilisable et indépendante comme la première. La palpation est indolore. La radiographie du thorax montre une zone de condensation sphérique latéro-médiastinale supérieure droite, et le compte rendu est ainsi rédigé :

« L'examen radiologique montre l'existence d'une zone de condensation plus ou moins sphérique sur le cliché de face, latéro-médiastine supérieure droite, pour laquelle il est difficile de faire un diagnostic étiologique.

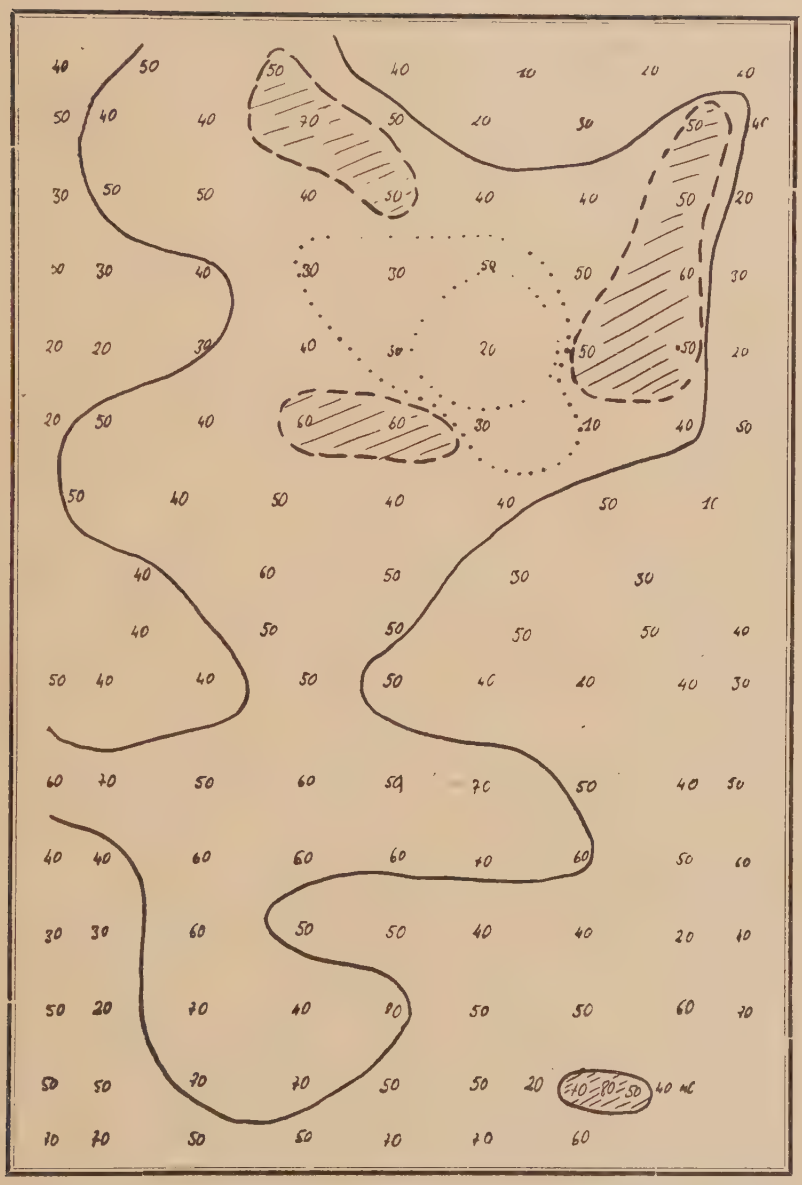
Il est possible que cette masse soit ganglionnaire, développée aux dépens de la chaîne latéro-médiastine supérieure droite, mais il serait imprudent de l'affirmer. Il serait utile de pratiquer un examen de contrôle dans trois mois.

Par ailleurs, les deux hiles sont pratiquement normaux, à peine un peu scléreux.

On note une surcharge diffuse de la trame péri et infra hilaire des deux côtés, plus marquée à droite. Il est possible qu'il s'agisse d'une légère bacillose fibreuse.

Légère diminution de l'ampliation de l'hémicoupole diaphragmatique gauche (la malade aurait présenté de la pleurite de ce côté). Diamètres cardio-vasculaires normaux. »

La ponction de l'une des adénopathies est alors pratiquée (Dr J. Biraben, Centre Bergonié) et nous recevons le résultat suivant :



Marie-Jeanne L... — Cartographie thyroïdienne.

« Nous voyons parmi de nombreuses hématies des groupements cellulaires remarquables. Ces groupements sont constitués d'éléments jointifs à cytoplasmes faiblement basophiles, de forme arrondie allongée ou ovoïde, avec des noyaux globuleux, mais présentant des irrégularités. Ces constatations sont manifestement en faveur d'un processus d'envahissement par une prolifération tumorale épithéliale dont l'origine thyroïdienne paraît tout à fait plausible.

On procède alors à l'étude de la fixation de l'iode 131 (Laboratoire des Radio-isotopes de la Fondation Bergonié) dont voici le compte rendu :

1° La cartographie thyroïdienne montre des zones de fixation profondément remaniées. On note en particulier l'absence de fixation de l'élément radio-actif dans la partie centrale du lobe gauche. L'intensité des radiations émises dans l'ensemble de la région thyroïdienne est relativement assez peu élevée.

2° L'exploration de la région thoracique supérieure montre une légère radioactivité dans la partie droite et médiane. On relève un point radioactif isolé dans la partie gauche. L'exploration des masses situées sur la face droite du cou n'a pas permis de relever d'émission radioactive à ce niveau.

3° L'élimination urinaire, d'environ 50 % en vingt-quatre heures, est plus élevée que la normale témoignant d'une diminution de la fixation de l'iode par le tissu thyroïdien.

L'intervention est pratiquée le 21 juillet 1956 par le docteur Auché, qui pratique une incision de la région rétro-maxillaire à la région sus-claviculaire droites, complétée par une incision perpendculaire à la précédente au-dessus du manubrium sternal gauche.

Il extirpe en masse la chaîne ganglionnaire carotidienne après résection de la veine jugulaire droite ainsi que de nombreuses masses ganglionnaires au niveau des régions rétro-maxillaire droite, sus-hyoïdienne, rétro-stylienne, carotidienne, et termine par l'exérèse d'un ganglion situé dans la région médiastinale haute. Il procède à une thyroïdectomie subtotale tout en conservant un moignon du lobe gauche.

***

Observation N° IV

(Docteurs G. Hirtz, J. Auché et M. Lafosse.)

Michèle K..., 18 ans. La malade est envoyée par son médecin au Docteur Hirtz, le 27 janvier 1956. Depuis quelques semaines cette jeune fille souffre d'un nervosisme extrêmement accusé avec grande émotivité, céphalées, insomnies, tachycardie, et amaigrissement.

Antécédents : puberté à 11 ans et demi. Règles normales avec un cycle de vingt et un jours.

Elle a présenté à l'âge de 15 ans une légère tuméfaction de la glande thyroïde qui aurait rapidement cédé à une thérapeutique iodée.

Examen : taille, 1 m. 59. Poids, 51 kg 400. T.A. au Vaquez 15-7,5. Pouls, 96. Les réflexes pupillaires sont normaux. Réflexes tendineux hypertoniques.

Pas d'exophtalmie ni de tremblement. Auscultation du cœur : simple tachycardie émotive. Cou : légère hyperplasie de l'isthme thyroïdien. Il existe, en outre, trois masses ganglionnaires, l'une sous-maxillaire droite, l'autre composée de trois nodules sur la face externe du sterno-cléidomastoïdien droit, la troisième juxta-thyroïdienne droite. Métabolisme basal : + 10 %.

On porte le diagnostic d'hypersympathicotonie para-basedowienne et l'on émet l'hypothèse de tumeurs latéro-cervicales thyroïdiennes. On demande une vitesse de sédimentation, un Vernes résorcine et un hémogramme.

Une épreuve de fixation de l'iode radio-actif est pratiquée : l'élimination globale est de 45 % en vingt-quatre heures. Mais la cartographie ne peut être menée à bien du fait de l'agitation de la malade et l'on ne note qu'une très légère radioactivité des formations latéro-cervicales.

Avant même que nous ne soyons en possession des examens demandés une diminution de l'acuité visuelle apparaît brusquement, signant une choroïdite exsudative que l'ophtal-

mologiste relie à une ethmoïdite. La malade est revue par le docteur Hirtz, le 7 juin 1956.

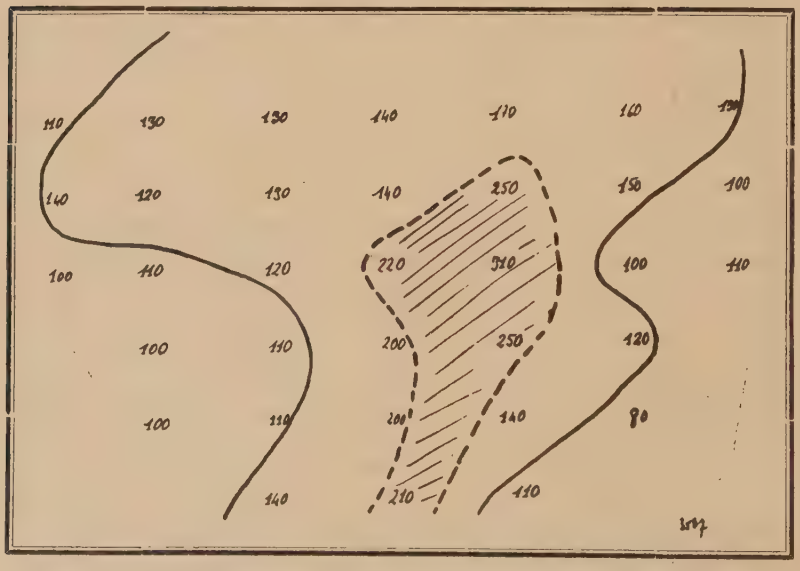
Le nervosisme a disparu de même que la tachycardie.

T. A. au Vaquez : 12-8. Pouls : 74. La légère hyperplasie de l'isthme a disparu. Les tumeurs latéro-cervicales ont conservé les mêmes caractéristiques. Acuité visuelle : 2/10 et 3/10.

On redemande une cartographie et une épreuve d'élimination globale du radioiode.

La cartographie (service des radio-isotopes de la Fondation Bergonié, Professeur Blanquet) montre une zone de fixation intense dans la région médiane et s'étendant assez loin vers la partie inférieure. La différence des radiations émises dans cette zone avec celles relevées sur les lobes est relativement importante. La courbe des isodoses la plus externe est tourmentée et atypique.

L'examen des faces droite et gauche a montré une radioactivité légèrement supérieure à celle que l'on observe généralement sur ces régions.



Michèle K... — Cartographie thyroïdienne.

Toutefois, il n'a pas été possible de mettre en évidence une radioactivité spécifique à l'un quelconque des petits nodules perceptibles dans cette région.

L'élimination globale en vingt-quatre heures est de 50 % de la dose « traceur », ce qui confirme le résultat du 6 février.

Devant les caractères de cette courbe, on porte le diagnostic de tumeurs latéro-cervicales thyroïdiennes et on demande une cervicotomie en vue de pratiquer l'examen extemporané d'un des nodules, et si le diagnostic est confirmé, de faire un curage ganglionnaire complet avec hémithyroïdectomie droite.

L'examen hystologique pratiqué par M. le Professeur Léger nous donne le résultat suivant :

— Plusieurs fragments sont examinés. Ils offrent un aspect analogue. On observe, au sein de tissus fibreux divers, des nappes épithéliomateuses nombreuses plus ou moins étendues. Certaines ne sont pas très caractéristiques parce qu'elles sont constituées par des cellules néoplasiques placées les unes contre les autres sans ordre, réalisant un aspect atypique.

D'autres sont beaucoup plus démonstratives car elles paraissent former des cavités très proches les unes des autres, irrégulières, sans basale, plus ou moins volumineuses, tapissées par une ou deux rangées de cellules cylindriques, offrant des anomalies nucléaires et quelques figures de mitose. Ce revêtement cylindrique dessine parfois des replis végétants. Quelques-unes de ces cavités parmi les plus dilatées se trouvent comblées par un amas de substance colloïde.

Conclusion : « Epithélioma cylindrique thyroïdien, tantôt typique, tantôt tendant à l'atypie, développé sur une formation aberrante de la région latérale du cou ».

L'intervention est pratiquée le 19 juillet 1956 par le Docteur Auché, chirurgien du Centre anti-cancéreux, qui incise depuis la région rétro-maxillaire droite jusqu'à la région sous-claviculaire droite. Cette incision est complétée par une autre perpendiculaire à la première, au-dessus du manubrium sternal gauche.

Il extirpe en masse la chaîne ganglionnaire carotidienne après résection de la veine jugulaire droite, section du nerf récurent droit et extirpation du ganglion stellaire.

Il procède à une thyroïdectomie subtotale, ne laissant qu'un mince lambeau thyroïdien sain au niveau du lobe gauche.

Suites opératoires immédiates excellentes.

Un examen histologique est alors effectué par le Docteur J. Biraben. En voici le compte rendu :

« Les préparations effectuées à partir de la thyroïde elle-même, du nodule latéral le plus haut et de la zone de la biopsie antérieure offrent toutes des structures équivalentes.

Nous y voyons, en effet, une prolifération tumorale néoplasique soutenue par des travées de stroma collagène. Il s'agit de vastes plages épithéliales qui sont tantôt formées de cellules proliférantes en nappes mais prenant d'une manière quasi-constante une disposition néo-cavitaire avec parfois sécrétion de colloïde dans la lumière centrale, tantôt de cavités dont le revêtement cylindro-cubique forme d'abondantes arborisations internes soutenues par des axes conjonctifs grêles. Au niveau de ces arborisations l'épithélium se pluristratifie fréquemment pour former de petites expansions en nappes sans aucun support conjonctif. Partout existent des inégalités nucléaires et parfois de véritables monstruosités.

Nous sommes donc en présence, manifestement au niveau de ces divers points, de localisations d'un même processus qui est un épithélioma thyroïdien, épithélioma à la fois de type papillaire et de type plus massif, trabéculo-vésiculaire.

Un petit nodule latéral de la région carotidienne moyenne s'avère, lui, simplement constitué d'un tissu thyroïdien à structure vésiculaire très nette, sans aspects véritables de transformation épithéliomateuse. »

CONCLUSIONS

Les tumeurs latéro-cervicales thyroïdiennes ne sont pas, comme on a souvent tendance à le croire, d'une rareté exceptionnelle. Il faut discuter ce diagnostic chaque fois qu'une tumeur latéro-cervicale n'a pas fait la preuve de son origine.

La nature exacte de ces tumeurs n'a pu être encore déterminée, les uns en faisant les métastases d'une tumeur thyroïdienne, les autres des tumeurs primitives développées à partir de reliquats ultimo-branchiaux.

— Nous estimons que le problème n'est pas univoque :

1° Parmi ces tumeurs, les unes paraissent incontestablement être des métastases d'un néoplasme thyroïdien primitif.

2° Les autres semblent apparaître au niveau de vestiges embryonnaires, soit isolément, soit parallèlement au développement de tumeurs semblables au sein de la glande thyroïde et sans qu'il soit possible d'affirmer qu'elles représentent une manifestation d'essaimage du néoplasme thyroïdien.

3° C'est créer une confusion illégitime que de vouloir grouper toutes ces formations sous le vocable de « thyroïdes aberrantes ».

Ce terme doit être réservé à des formations thyroïdiennes capables de manifester une activité endocrine eu- ou hyperthyroïdienne selon les circonstances, et susceptibles de présenter le type de l'adénome vésiculaire et même dans certains cas de subir une dégénérescence.

Quant aux néoformations papillaires, quelle que soit leur origine (vestiges embryonnaires ou métastases ganglionnaires d'un néoplasme thyroïdien) nous les réunirons sous le nom de « tumeurs latéro-cervicales thyroïdiennes ».

— Leur évolution est en général assez lente et leur degré de malignité extrêmement variable.

— Leur diagnostic est difficile mais il peut actuellement être porté grâce à l'examen du liquide de ponction, à l'épreuve de fixation globale du radioiode, à la cartographie thyroïdienne, et à la biopsie qui devra être pratiquée dans certaines conditions.

— La thérapeutique de ces tumeurs est avant tout chirurgicale. Nous estimons qu'elle ne doit pas être réduite à l'exérèse des formations latéro-cervicales, mais qu'elle doit comporter en outre selon les résultats de la cartographie, une lobectomie homo-latérale ou une thyroïdectomie totale.

Suivant les résultats de l'examen anatomo-pathologique l'intervention pourra être complétée par un traitement radiothérapique (rayons X ou iode 131).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire

Vu ;
Le Doyen :
R. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :
Le Président :
A.-P. LACHAPÈLE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 12 juillet 1956,
Le Recteur d'Académie,
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abreu (d'). — Signifiance of lateral aberrant thyroïd. *The Lancet*, 1915, **2**.
2. André (R.) et Dreyfus (B.). — Sur les tumeurs thyroïdiennes latéro-cervicales dites aberrantes. *Pr. Méd.*, 1956, **64**, 15, 330-339.
3. Barraya. — Thèse de médecine, Paris, 1936.
4. Billings (A.-E.) et Paul (J.-R.). — Tumors of lateral aberrant thyroids. *Bull. Ayer clin. Lab., Pennsylvania Hospital*, 1925, **9**, 27.
5. Bloch-Michel (H.). — Le problème des thyroïdes aberrantes. *Sem. des Hôp.*, 1955, **72**, 3.863-3.869.
6. Blondin (S.). — Chirurgie du corps thyroïde. Masson et Cie, Paris, 1955.
7. Caparosa (R.-J.) et Wylie (E.-J.). — Thyroïde latérale aberrante. *The annals of otology, rhinology and laryngology of Saint-Louis*, 1955, **64**, 326-327.
8. Cattel (R.-B.). — Aberrant thyroid glands. *J.A.M.A.*, 1931, **97**, 1.761-1.767.
9. Chigot (P.-L.). — Tumeurs de la thyroïde latérale aberrante. *Ann. Endocr.*, 1944, **5**, 4-15, 183.
10. Christiansen (H.). — *Acta radiol.*, 1940, **21**, 349.
11. Christienjen (E.) et Bertelsen (A.). — On papillary carcinoma of the thyroid and « lateral aberrant glands ». *Journ. intern. de chir.*, 1948, **9**, 474.
12. Clay (R.-C.) et Blackmann (S.-S.). — Thyroïde latérale aberrante; métastase avec ganglions lymphatiques à partir d'un cancer primaire de la thyroïde. *Arch. Surg.*, 1944, **48**, 222-228.
13. Cohn (L.-C.-A.) and Steward (G.-A.). — Tumors of the lateral thyroid componnet. *Arch. of Surg.*, 1940, **40**, 585.
14. Crabtree (H.-N.) et Hunter (D.-C.). — Carcinoma of the thyroid; a clinopathological study. *Arch. Surg.*, 1953, **67**, 175-186.
15. Crile (G.) Jr. — Papillary tumors of thyroid and lateral aberrant thyroid origin. *Surg. gynec. and Obst.* 1939, **69**, 39.

16. Crile (G.). — Tumors of lateral aberrant origin. *J.A.M.A.*, 1939, **113**, 1.094.

17. Crile (G.). — Tumeurs papillaires de la thyroïde et de la région cervicale. *Surg., Gyn. Obst.* 1947, **85**, 757-766.

18. Crile (G.). — Practical aspects of thyroid diseases. *W.B. Sanders, Philadelphia and London,* 1949.

19. Crile (G.). — Factors influencing the prevention and cure of cancer of the thyroid. *Surg. Gyn. Obst.*, 1950, **91**, 210-214.

20. Crile (G.). — Cancer of thyroid. *J. Clin. Endocr.*, 1950, **10**, 1.152-1.170.

21. Crile (G.). — Adenoma and carcinoma of the thyroid gland. *New Engl. J. Med.*, 1953, **249**, 585-590.

22. Crile (G.) et Hazard (B.). — Relationship of the age of the patient ot the natural history and prognosis of carcinoma of the thyroid. *Ann. Surg.*, 1953, **138**, 33-36.

23. Dargent (M.). — Le problème des tumeurs papillaires des glandes thyroïdiennes cervicales aberrantes. *Ass. Fr. Etude Cancer,* 1954, **41**, 285-296.

24. Dargent (M.) et Berard (M.). — De l'intervention élargie dans le cancer du corps thyroïde. *Journ. de Chir.*, 1940, **55**, 131-142.

25. Ducuing (J.), Bimes (C.) et Estrade (J.). — Le problème des tumeurs papillaires latéro-cervicales. *Bull. Ass. Fr. Etude cancer,* 1954, **41**, 20-35.

26. Dunhill (T.-P.). — Carcinoma of the thyroid gland. *Brit. J. Surg.*, 1931, **19**, 83-113.

27. Eckert (C.) and Byars (L.-T.). — Surgery of papillary carcinoma of thyroid gland. *Ann. Surg.*, 1952, **136**, 83-89.

28. Fedeli (F.). — Thyroïdes aberrantes. *Arch. Ital. Chir.*, sept. 1925.

29. Florentin (P.), Martin (P.) et Simonin (J.). — Structure et origine des cysto-adénomes végétants de la région latérale du cou. *Soc. de Biol. de Nancy,* séance du 14 déc. 1946.

30. Forty (F.). — Tumors of aberrant lateral thyroid. *Brit. Journ Surg.*, 1933, **20**, 695-698.

31. Frantz (U.-K.), Forsythe (R.), Hanford (J.-M.) et Rogers (W.-M.). — Lateral aberrant thyroid. *Ann. Surg.*, 1942, **115**, 161-183.

32. Mc Dermott (W.-V.), Morgan (W.-S.), Hamlin (E.), Cope (O.). — Cancer of the thyroid. *Journ. Clin. Endocr. and Metab.*, 1955, **14**, 1.336-1.354

33. Godefroy-Vendeville (Y.). — Les cancers des glandes thyroïdiennes aberrantes cervicales. *Cancérologie,* Lille, 1953, **1**, 35-37.

34. Grosser (O.). — Zur Kenntnis des ultimobranchialen Körpers beim Menschen. *Anat. Anz.,* 1910, **37**, 337.

35. Guilleminet (M.) et Marion (J.). — Goitre aberrant sous-maxillaire, apparu plusieurs années après une thyroïdectomie de l'enfance suivie de myxœdème post-opératoire. *Lyon chir.,* 1946, **47**, 200-201.

36. Hare (H.-F.) et Newcomb (R.-V.). — Carcinoma of thyroid in children; 10 year follow-up. *Radiology,* 1950, **54**, 401-407.

37. Ho. Dac. Di. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie. Rapport Moulonguet,* 1933, **1**, 106.

38. Kerridge (G.). — La « Thyroïde latérale aberrante ». Compte rendu d'un cas. *Med. J. Austral.,* 1950, **37**, 588-589.

39. King (W.-L.-M.) et Pemberton (J. de J.). — So called lateral aberrant thyroid tumors. *Surg. Gyn., Obst.,* 1942, **74**, 991-1.001.

40. Kingsbury (B.-F.). — The question of aberrant lateral thyroid in mammals, with special reference to man. *Am. J. Anal.* 1933, **65**, 333.

41. Kirschner (Heidelberg). — Die Probebohrung. *Schweiz. Med. Wochenschrift,* 1935, **65**, 28-30.

42. Lahey (F.-H.). — Lateral aberrant thyroid. *Surg. Gyn. and Obst.,* 1939, **69**, 826-827.

43. Lahey (F.-H.H) et Ficara (B.-J.). — Thyroïde latérale aberrante. *Surg. Gyn. Obst.,* 1946, **82**, 705-711.

44. Lahey (F.-H.), Hare and Warren. — Carcinoma of the thyroid. *An. of Surg.,* 1940, **112**, 977-1.005.

45. Lawton (S.-E.). — Lateral aberrant thyroid glands. *Surg. Gyn. Obst.,* 1933, **61**, 696.

46. May (E.), Netter (A.) et Bloch-Michel (H.). — La ponction du corps thyroïde. *Sem. des Hôp. Paris,* 1951, **27**, 2.009-2.031.

47. Means (J.-H.). — The thyroid and its deases. *Ed. II, J.B. Lippincott Compagny,* Philadelphia, 1948.

48. Menegaux (G.), Netter (A.) et Yaneva (H.). — Cancer thyroïdien diagnostiqué par l'examen cytologique du frottis thyroïdien. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris,* 1951, **67**, 55-58.

49. Murley (R.-S.). — Un cas de thyroïde latérale aberrante. *Brit. Journ. Surg.,* 1950, **37**, 324-326.

50. Pemeerton (J. de J.). — Treatment of carcinoma of the thyroid gland. *Ann. Surg.*, 1934, **100**, 906-923.

51. Redon (H.). — Les tumeurs malignes primitives du cou. *Sem. des Hôp.*, 1950, **16**, 4.476-4.482.

52. Redon (H.). — Chirurgie du cou. *Encycl. Méd. chir.*, 1951.

53. Redon (H.) et Dancygier (H.). — Les thyroïdes cervicales aberrantes latérales. *Paris Médical*, 1950, **40**, 289-294.

54. Redon (H.) et Lacour (J.). — Etude des tumeurs apparemment primitives de la région carotidienne. Rapport de 202 cas. *Bull. Assoc. Fr. Etude Cancer*, 1953, **40**, 4-21.

55. Redon (H.) et Leguerinais. — Biopsie dans les tumeurs latérales du cou. *Sem. des Hôp.*, 1951, N° 85, 3.384-3.388.

56. Robbins (S.-L.). — Some new pathological concepts (lateral aberrant thyroid tumors). *New England Journ. Med.*, 1950, **242**, 620-621.

57. Sainton (P.) et Blondin (S.). — Les réactions des glandes thyroïdiennes aberrantes après thyroïdectomie totale ou très large. *Ann. Endocr.*, 1943, **4**, 25-29.

58. Stahel. — Diagnostic différentiel des kystes du cou par la ponction. *Deuts. Arch. Klin. Med.*, 1942, oct., 329.

59. Schrager (U.-L.). — Lateral aberrant thyroid. *Surg. Gyn. Obst.*, 1906, **3**, 465.

60. Springer (K.-C.). — Thyroïde liguale. *Arch. of otolaryngology*, Chicago, 1955, **61**, 386-393.

61. Truffert. — Trois observations de branchiomes (tumeurs congénitales du cou). *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1934, **60**, 602-611.

62. Voterari (A.). — Adénome papillifère dû à une thyroïde latérale aberrante. *Minerva Chir.*, 1948, **12**, 421.

63. Warren (S.) et Feldmann (J. et D.). — The nature of lateral « aberrant » thyroid tumor. *Surg., Gyn., Obst.*, jan. 1949, **88**, 31-44.

64. Watson (E.-M.) et Pool (J.-L.). — Cancer of the thyroid. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1940, **70**, 1.950.

65. Welti et Huguenin. — Cancer de la thyroïde. A propos d'une série de 233 cas opérés. *Lyon chir.*, 1954, **49**, 173-179.

66. Welti (H.). et Rusch (R.). — Tumeurs malignes de la glande thyroïde. *Schweiz. Med. Wochenschrift*, 1954, **84**, 118-125.

67. Wozencraft (P.), Foote (F.-W.) et Frazell (E.-L.). — Occult carcinoma of thyroid : their bearing on concept of lateral aberrant thyroid tissu. *Cancer*, 1948, **1**, 574-583.

TABLE DES MATIERES

Introduction 11

Plan 12

Historique 13

Topographie des tissus thyroïdiens aberrants 15

Fréquence des tumeurs latéro-cervicales thyroïdiennes 20

Anatomie macroscopique 22

Histologie 23

Evolution 25

Pathogénie 26

Théorie embryologique 27

Théorie métastatique 36

Arguments tirés des statistiques 39

Diagnostic 42

Diagnostic positif 43

Diagnostic différentiel 55

Thérapeutique 58

Observations 59

Conclusions 77